



Bárbara Filipa Sousa Andrade

**PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: AVALIAÇÃO
DO RISCO**

2º Ciclo de Estudos em Criminologia

Dissertação realizada sob Orientação do
Professor Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira
e Coorientação da Professora Doutora Rosa Maria Melim Saavedra

Junho de 2017

Resumo

Esta dissertação tem como objetivos centrais identificar os fatores de risco associados às condições de ocorrência da violência contra as pessoas idosas, numa amostra de vítimas acompanhadas pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e, posteriormente, permitir o processo de validação de um instrumento de avaliação do risco de violência para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar (*Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* – AGED). Para o efeito, recorreu-se à análise documental de 123 processos de apoio à vítima, referentes a pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos que recorreram presencialmente aos serviços da APAV, no ano de 2016, e cuja problemática foi enquadrada no crime de Violência Doméstica. Com base na literatura revista, a informação foi organizada considerando três dimensões, que abarcam diferentes fatores: fatores de risco individuais para a vítima, fatores de risco individuais para o agressor e fatores da dinâmica relacional.

Na amostra em estudo, os fatores de risco mais prevalentes foram, para a vítima, a presença de doença mental, particularmente, um quadro demencial, problemas e limitações físicas e historial de vitimação no passado; para o agressor os problemas de abuso de substância, os comportamentos agressivos contra a vítima, os problemas financeiros e ter sido perpetrador de violência doméstica no passado; para a dinâmica relacional identificou-se a dependência do agressor, a exposição à violência intergeracional, o historial de conflitos familiares ou conjugais e a coabitação.

Relativamente aos principais resultados deste estudo exploratório, parece tratar-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com base nos valores da concordância inter-observadores. O AGED apresenta bons indicadores de validade de construto ainda que os dados da consistência interna apontem para a necessidade de repensar a manutenção e a organização de alguns dos itens que o integram.

Palavras-Chave: AGED; avaliação do risco; fatores de risco; maus tratos; pessoa idosa; violência doméstica; violência intrafamiliar.

Abstract

The objectives of this dissertation are identify the risk factors associated with the occurrence of violence against the elderly, in a sample of victims accompanied by the Portuguese Victim Support Association (APAV) and, later, to allow the process of validating an instrument for assessing the risk of violence for elderly people victims of intrafamily violence (Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence – AGED). To this end, we used documentary analysis of 123 victim support processes, referring to elderly people aged 65 or over who had recourse to the APAV services in person in 2016 and whose problems were framed in crime of Domestic Violence. Based on the revised literature, the information was organized considering three dimensions, which cover different factors: individual risk factors for the victim, individual risk factors for the aggressor, and factors of relational dynamics.

In the study sample, the most prevalent risk factors were, for the victim, the presence of mental illness, particularly a dementia, physical problems and limitations, and past history of victimization; To the aggressor substance abuse problems, aggressive behaviors against the victim, financial problems and have been perpetrator of domestic violence in the past; For relational dynamics, the dependence of the aggressor, the exposure to intergenerational violence, the history of family or conjugal conflicts and cohabitation were identified.

Regarding the main results of this exploratory study, it seems to be an instrument of easy application and interpretation, based on the values of inter-observer agreement. The AGED presents good indicators of construct validity although the internal consistency data point to the need to rethink the maintenance and organization of some of the items that integrate it.

Key-Words: AGED; risk assessment; risk factors; mistreatment; elder; violence domestic; intrafamily violence.

Agradecimentos

Aqui exponho o meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta Dissertação de Mestrado, bem como a todos aqueles que me apoiaram e acompanharam no meu percurso académico. Agradeço especialmente:

Ao orientador, Professor Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira, pela disponibilidade e imprescindível apoio que sempre prestou, pelas críticas construtivas e partilha de conhecimentos.

À coorientadora, Dra. Rosa Maria Melim Saavedra, coordenadora dos Serviços de Sede no Porto da APAV, pela forma acolhedora com que sempre fui recebida na APAV e pela disponibilidade e encorajamento suscitado, que foram fundamentais para a realização desta dissertação.

A todos os docentes do curso de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto pelos ensinamentos e conselhos transmitidos, ao longo de todo o Mestrado.

Às colegas de trabalho da APAV, que direta ou indiretamente, também foram essenciais, pelo apoio e ânimo dado ao longo deste trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio e acompanhamento que sempre me deram na vida, seja académica ou pessoal, acreditando sempre nas minhas capacidades. Pelo amor, confiança e dedicação incansável, pela concretização deste sonho e pelo porto seguro onde me poderei sempre refugiar ao longo da vida.

À restante família e amigos por todas as manifestações de afeto, apoio e incentivo que me transmitiram durante todo o curso.

O meu sincero obrigada a todos!

Índice Geral

Introdução.....	9
Parte I – Enquadramento Teórico.....	11
Capítulo 1 – Definição de conceitos.....	11
1.1 Envelhecimento.....	11
1.2. Conceito de violência no geral.....	13
1.3. Conceito de violência doméstica nas pessoas idosas.....	16
1.3.1. Heterogeneidade do conceito.....	16
1.3.2. Tipologias de violência.....	21
1.3.3. Enquadramento jurídico-legal.....	22
Capítulo 2 – Dimensão do fenómeno: estudos de prevalência e incidência.....	26
Capítulo 3 – Teorias explicativas sobre a violência contra as pessoas idosas.....	35
3.1. Fatores de risco de violência.....	41
Capítulo 4 – Avaliação do risco de violência contra as pessoas idosas.....	45
4.1. Avaliar o risco de violência.....	45
4.2. Instrumentos de avaliação do risco de violência.....	48
Parte II – Estudo Empírico.....	51
Capítulo 1 – Metodologia.....	51
1.1. Objetivos do estudo.....	51
1.2. Caraterização do estudo.....	51
1.3. Amostra.....	52
1.4. Instrumentos.....	53
1.4.1. <i>Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)</i>	54
1.4.2. <i>Indicators of Abuse Screen (IOA)</i>	56
1.4.3. <i>Danger Assessment (DA)</i>	58
1.5. Procedimentos.....	59
Capítulo 2 – Resultados.....	59
2.1. Caraterísticas sociodemográficas da vítima.....	60
2.2. Caraterísticas sociodemográficas do/a agressor/a.....	61
2.3. Relação entre a vítima e o/a agressor/a.....	62

2.4. Caracterização do crime/vitimação.....	62
2.5. Avaliação do risco de violência: AGED.....	64
2.5.1. Fatores de vulnerabilidade individuais da vítima.....	64
2.5.2. Sinalização dos fatores de risco de violência.....	65
a) Fatores de risco individuais da vítima.....	66
b) Fatores de risco individuais do agressor.....	67
c) Fatores de risco da dinâmica relacional.....	67
2.5.3. Fatores de proteção da vítima/contexto.....	68
2.5.4. Primeiros dados normativos do AGED.....	68
2.6. Propriedades Psicométricas do AGED.....	70
2.6.1. Valores totais do AGED por dimensão.....	70
2.6.2. Correlação entre as dimensões do AGED.....	70
2.6.3. Consistência interna.....	71
2.6.4. Concordância inter-observadores.....	71
2.6.5. Validade do construto: correlação entre o AGED, o IOA e o DA.....	73
Capítulo 3 – Discussão dos resultados.....	74
3.1. Características sociodemográficas da vítima e do/a agressor/a.....	75
3.2. Relação entre a vítima e o/a agressor/a.....	76
3.3. Caracterização do crime/vitimação.....	77
3.4. Avaliação do risco de violência: AGED.....	78
3.4.1. Fatores de risco individuais da vítima.....	78
3.4.2. Fatores de risco individuais do/a agressor/a.....	79
3.4.3. Fatores de risco da dinâmica relacional.....	80
3.5. Propriedades psicométricas do AGED: fiabilidade e validade.....	81
Conclusão.....	83
Referências Bibliográficas.....	86
Anexos.....	99

Índice de Quadros

Quadro 1. Instrumentos de despiste e de avaliação da violência contra pessoas idosas.....	48
Quadro 2. Tipos de violência aferida pelos instrumentos de avaliação do risco de violência.....	50

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas.....	60
Tabela 2. Características sociodemográficas dos/as agressores/as.....	61
Tabela 3. Relação entre a vítima e o agressor/a.....	62
Tabela 4. Caracterização do crime/vitimação.....	63
Tabela 5. Fatores de vulnerabilidade individuais da vítima.....	64
Tabela 6. Fatores de risco de violência (AGED).....	65
Tabela 7. Fatores de proteção da vítima/contexto.....	68
Tabela 8. Percentagens acumuladas e valores de tendência central e de dispersão do AGED Total.....	69
Tabela 9. Valores totais do AGED por dimensão.....	70
Tabela 10. Coeficientes de Correlação Linear de <i>Pearson</i> entre as dimensões do AGED.....	71
Tabela 11. Coeficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> para cada dimensão do AGED.....	71
Tabela 12. Coeficiente de Correlação Intra-Classe (ICC) para o <i>score</i> total e por dimensão.....	72
Tabela 13. Coeficiente <i>Kappa</i> de <i>Cohen</i> (k) por item do AGED.....	73
Tabela 14. Coeficientes de Correlação Linear de <i>Pearson</i> entre o AGED, o IOA e o DA.....	73
Tabela 15. Coeficiente de Correlação Linear de <i>Pearson</i> entre o AGED Total, o IOA Total e o DA Total.....	74

Índice de Anexos

Anexo A. Instrumento <i>Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence</i> (AGED).....	99
Anexo B. <i>Indicators of Abuse Screen</i> (IOA).....	102
Anexo C. <i>Indicators of Abuse Screen</i> (IOA): itens considerados não importantes.....	103
Anexo D. <i>Danger Assessment</i> (DA).....	104

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

AGED – *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CC – Código Civil

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CRP – Constituição da República Portuguesa

DA – *Danger Assessment*

EUROSTAT – Departamento de Estatística da União Europeia

GAV – Gabinete de Apoio à Vítima

INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

IOA – *Indicators of Abuse Screen*

MP – Ministério Público

NCEA – Nation Center of Elder Abuse

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAO – Processo de Apoio Online

TAV – Técnico de Apoio à Vítima

Introdução

No âmbito da unidade curricular “Dissertação”, inserida no 2º Ciclo de Estudos do Curso de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, a investigação desenvolvida insere-se num projeto mais amplo entre a Escola de Criminologia, a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), incidindo a investigação na área da Vitimologia, nomeadamente, na problemática da violência doméstica contra as pessoas idosas. A equipa de investigação deste projeto desenvolveu uma primeira versão de um instrumento de avaliação do risco de violência para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar, o *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED).

A presente investigação tem como objetivos gerais estudar os fatores de risco de violência, numa amostra de processos de apoio a pessoas idosas, acompanhadas pela APAV e, através desse trabalho, contribuir para o processo de validação do AGED. Mais especificamente, pretende-se identificar a presença de fatores de risco de violência contra as pessoas idosas, incluindo os fatores de risco individuais para a vítima, os fatores de risco individuais para o agressor e os fatores da dinâmica relacional; e estabelecer os primeiros indicadores de fiabilidade e validade do instrumento de avaliação do risco.

Face ao objetivo principal da investigação, procedeu-se à revisão da literatura que permitiu identificar os principais fatores de risco relacionados com a violência contra as pessoas idosas, bem como organizá-los em três dimensões centrais, cada uma com diferentes fatores em estudo: fatores de risco individuais da vítima, fatores de risco individuais do agressor e fatores da dinâmica relacional. Os fatores de risco da vítima integram, essencialmente, variáveis sociodemográficas como o género, a idade, o estado civil e a baixa escolaridade; variáveis quanto à vulnerabilidade da vítima, como o estado de saúde (problemas e limitações físicas, capacidade cognitiva, perturbação mental e/ou emocional); e o historial de vitimação no passado. Os fatores de risco do agressor relacionam-se com o desajustamento psicossocial, como os traços de personalidade, a agressividade, problemas de saúde mental, baixas competências de *coping* e problemas de abuso e consumo de substâncias (Marmolejo, 2008). Por último, os fatores da dinâmica relacional integram variáveis como a dependência da vítima e do agressor, a coabitação, a rede social e/ou isolamento social, historial de conflitos

familiares ou conjugais, e a falta de competências para exercer o papel de cuidador, seja pela in experiência ou pela relutância nos cuidados (Burnight & Mosqueta, 2011; Tortosa, 2004).

A investigação desenvolvida apresenta uma primeira análise dos dados de validação do instrumento de avaliação do risco de violência – *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED) – para avaliação dos fatores de risco presentes em pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar. Para o estudo psicométrico do instrumento, AGED, foi testada a «*reliability*» (fiabilidade) do instrumento e a «*validity*» (validade) concorrente entre instrumentos, com a aplicação conjunta de outras duas escalas de avaliação do risco: *Indicators of Abuse Screen* (IOA) (Reis & Nahmias, 1998) e *Danger Assessment* (DA) (Campbell, 2003; Versão traduzida e adaptada por Fonseca, Manita, Saavedra & Magalhães, 2013). Para o efeito, usamos como metodologia a análise documental e uma amostra de 123 processos de apoio à vítima, referentes a pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, cuja problemática foi enquadrada no âmbito do crime de Violência Doméstica. A análise documental permitiu tomar decisões quanto à presença ou ausência de fatores de risco de violência, para cada um dos instrumentos utilizados.

Quanto à estrutura, esta dissertação é composta por duas partes. A primeira parte consiste na revisão teórica sobre a temática, na qual, no primeiro capítulo, definem-se conceitos e revê-se criticamente a heterogeneidade na delimitação dos mesmos, assim como as tipologias de violência e o enquadramento jurídico-legal; no segundo capítulo, apresentam-se estudos sobre a prevalência e incidência do fenómeno; de seguida, no terceiro capítulo, a descrição das teorias explicativas e dos fatores de risco (individuais e da dinâmica relacional) sobre a violência contra pessoas idosas; por último, no quarto capítulo, a avaliação do risco de violência e a apresentação de exemplos de instrumentos de avaliação do risco em pessoas idosas vítimas de violência. A segunda parte da dissertação será dedicada ao estudo empírico, que integra os objetivos da investigação, a caracterização do estudo, da amostra, dos instrumentos utilizados e os procedimentos adotados para a investigação. Serão também expostos e discutidos os resultados obtidos nesta análise. Finalmente, na conclusão são retomados os aspetos mais revelantes desta investigação, integrados nos dados mais pertinentes da literatura e identificadas as limitações deste estudo e recomendações futuras de pesquisa na área das pessoas idosas vítimas de violência doméstica e, mais concretamente para a investigação mais ampla no qual este estudo se enquadra.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Definição de conceitos

1.1. Envelhecimento

O conceito de pessoa idosa não é consensual, em especial no que se refere ao limite etário mínimo a partir do qual se considera que alguém passa a ser incluído neste grupo. Segundo a OMS, a terceira idade tem início por volta dos 65 anos, associada socialmente à idade da reforma. Esta idade é percebida como um marco do início da velhice, porém, a idade cronológica e biológica diferem de indivíduo para indivíduo (Duarte et al., 2005).

O Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) traça um cenário no qual prevê a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, poderá chegar aos 31,9% (será o quarto país da UE com maior percentagem de idosos). Tudo indica que a população idosa poderá atingir cerca de 2.027.000 de indivíduos em 2020 representando então 19,2% do total nacional (Rebelo & Penalva, 2004).

Também, com base numa publicação do Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2014) podemos constatar que 97,5% da população idosa portuguesa vivia, em famílias clássicas e apenas 2,5% em famílias institucionais. Famílias só de idosos constituem 15% do total das famílias clássicas e famílias unipessoais de idosos são maioritariamente constituídas por mulheres. Revelam ainda que os homens idosos vivem maioritariamente em casal, a dissolução familiar verifica-se essencialmente por morte do cônjuge e os divórcios revelam uma tendência crescente na população idosa.

Ainda, segundo o INE (2014), entre 2012-2060, Portugal irá perder cerca de 1,8 milhões de residentes. Portugal perderá população até 2060, passando dos atuais 10,5 milhões para 8,6 milhões de residentes. Além disso, as estimativas de população residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa). Para uma perceção mais objetiva do aumento do envelhecimento em Portugal, no ano de 2011, o índice de envelhecimento foi de 128 idosos

por cada 100 jovens e, passados dois anos, em 2013, o índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014).

Com o advento das transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso tende, com o avanço dos anos, a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se deste modo cada vez mais à sua família. Em consequência, esta torna-se um fator básico não só à sobrevivência do idoso, mas também para que este se mantenha emocionalmente equilibrado, face às contingências do declínio bio-psíquico-social. Por isso, entender a dinâmica familiar dos idosos é uma questão de crucial importância, na medida em que eles tendem, por vezes, a mascarar o seu real posicionamento no agregado familiar (Dias, 2004; APAV, 2010).

Em 1982, realizou-se a I Assembleia sobre o Envelhecimento, em Viena, da qual resultou um conjunto de 62 recomendações para fazer face ao desafio do envelhecimento populacional (Fontes, 2002, p.5). Um ano depois, em 1983, realizou-se o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, em Nova Iorque, que destacou o papel da família na proteção dos seus idosos e o papel do Estado, através da criação de políticas para preparação e manutenção das suas necessidades, garantindo a segurança económica e social dos indivíduos idosos, além dos direitos referentes às oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento dos seus países (Pasinato, 2004; Gomes, et al, 2013, p.7). A família e o papel do idoso nesta é, portanto, um dos elementos centrais na análise da problemática do envelhecimento, sendo que o papel do Estado também não pode ser subvalorizado.

Historicamente, verificou-se uma alteração significativa no estatuto dos mais velhos na sociedade. Anteriormente estes gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder, eram possuidores de sabedoria e conhecimento, provado ou adquirido por toda uma experiência de vida (APAV, 2010). Atualmente a sociedade tende a criar estereótipos negativos e a marginalizar a pessoa “não produtiva”. A sociedade não acredita nas capacidades do idoso, considerando-os menos válidos, consequentemente a pessoa idosa tende a ver-se assim e isola-se, salientando a sua fragilidade física e desenvolvendo problemas de saúde mental (e.g. depressão, ideação suicida). Estas transformações a nível social, psicológico ou físico, tornam as pessoas idosas particularmente vulneráveis a situações de violência e discriminação.

1.2. Conceito de violência no geral

A definição de violência percorreu várias décadas e a difícil tarefa de delimitação do conceito deve-se, principalmente, à sua constante modificação, devido às mudanças culturais, uma vez que aquilo que anteriormente era considerado como “legítimo” passa a ser punível por lei (Lourenço & Lisboa, 1992; Oliveira & Manita, 2003). Muitas vezes, as definições propostas resultam demasiado vagas ou simplesmente descritivas. Há autores que aceitam as definições propostas pelos organismos oficiais ou pelas instituições encarregues pela defesa dos direitos e proteção das pessoas idosas, outros produzem as suas próprias definições.

Johnson (1986, p.180) distingue quatro passos necessários para a elaboração de uma definição adequada: a) *definição intrínseca*, que consiste no primeiro passo do processo e que se centra na concetualização. Nesta fase, a violência contra pessoas idosas concetualiza-se como *"um sofrimento desnecessário, danoso para o mantimento da qualidade de vida, que pode ser infringido pela própria pessoa ou por outra"*. Como refere Johnson (1986, p.180), esta definição abarca também as situações de autonegligência («*self-neglect*») como uma forma de dano causado pela própria pessoa idosa. Contudo, estas situações, entendidas como uma forma de maus tratos contra as pessoas idosas, constituem uma categoria controversa na literatura. Neste primeiro estágio, a definição é muito ampla e centra-se em perceber se a pessoa idosa experimentou ou não algum tipo de dor ou sofrimento, abstraindo outras circunstâncias como a intencionalidade, o lugar da ocorrência do facto ou a causa; b) *definição extrínseca real*, que constitui a etapa em que se deve estabelecer as tipologias (físicas, psicológicas, sociológicas) que estão presentes no fenómeno, o que facilita a identificação do processo e permite aos profissionais determinar estratégias de intervenção; c) *definição extrínseca operacional*, nesta etapa as manifestações de conduta da etapa anterior são transformadas em unidades que se podem medir mediante a determinação da intensidade (frequência e severidade) e densidade (número, diferentes tipos de violência). Esta operação permite identificar elementos claramente discriminantes entre o que são maus tratos ou não, quais são as estratégias de intervenção que melhor se adequam e a urgência das mesmas; d) *definição causal* é a etapa final na qual se faz a distinção entre intencionalidade e não intencionalidade, ou seja, a causa imediata que precipita o ato de violência e não a origem do mesmo (Ibáñez, 2015).

Partindo do trabalho desenvolvido por Lisa Nerenberg (2008, p.19), podemos sintetizar em cinco pontos as principais questões e controvérsias em relação à construção de uma definição de violência contra pessoas idosas: a determinação da necessidade de que as vítimas se encontram ou não em situação de dependência física ou mental; a especial relação entre vítima-agressor; se os maus tratos são ou não intencionais; se os maus tratos devem ser definidos pela conduta implícita ou pelo seu resultado na vítima; e, finalmente, se os maus tratos e a negligência fazem parte de um padrão de conduta ou se se limitam a um ato isolado. Com estas controvérsias identificadas por Nerenberg (2008), é visível a dificuldade da literatura especializada em alcançar um consenso na concetualização da violência contra pessoas idosas, havendo sempre consequências na opção de uma ou outra definição, tanto em relação com o estudo do fenómeno e da sua quantificação - determinando a sua prevalência e incidência - como nas formas de intervenção contra o mesmo.

Herring (2009, p.134), reconhece que apesar da dificuldade de concetualização, a falta de consenso não será necessariamente algo mau, ou seja, é melhor reconhecer a complexidade das diferentes formas de violência do que tentar simplificar o fenómeno numa única definição, que implica uma unidade que na realidade não existe. Qualquer definição que procure cobrir todas as formas de violência provavelmente resultará num vazio concetual.

Apresentam-se de seguida diferentes definições, defendidas por diferentes autores e organismos. No entanto, a definição apresentada por organismos tão relevantes no estudo do fenómeno como INPEA (*Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse*, 1997) e *Action On Elder Abuse* (1995), é assumida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), pelas Nações Unidas (2002) e pela II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid e reconhecida na "Declaração de Toronto de Prevenção do Maltrato Contra as Pessoas Idosas" (2002): "*O mau trato contra pessoas idosas no âmbito familiar define-se como a ação única e repetida, ou falta de resposta apropriada (neste último caso, de carácter intencional ou não intencional), que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação em contexto das relações familiares, em que exista uma expectativa de confiança*". Trata-se de uma definição ampla, com consenso suficiente e apoio internacional, que facilita o desenvolvimento de ferramentas para a criação de critérios homogêneos de investigação, assim como para o estudo e identificação dos fatores de risco de violência contra pessoas idosas.

De acordo com Machado e Gonçalves (2003) a violência doméstica é um fenómeno bastante complexo e composto por diversos fatores, sejam eles, sociais, culturais, psicológicos, ideológicos e económicos, na qual se define como:

“Qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital”.

Para Manita e seus colaboradores (2009, p.11), a violência pode ser definida como:

“Um comportamento violento continuado ou qualquer padrão de controlo coercivo exercido direta ou indiretamente, sobre qualquer pessoa que habite no mesmo agregado familiar (e.g., cônjuge, companheiro/a filho/a, pai, mãe, avô, avó) ou que mesmo não coabitando seja companheiro ou familiar. Este padrão de comportamento violento continuado resulta, a curto ou médio prazo, em danos físicos, sexuais, emocionais, psicológicos, imposição de isolamento social ou privação económica da vítima, visa dominá-la, fazê-la sentir-se subordinada num clima de medo permanente”.

Segundo o Conselho da Europa (2002), violência é todo o ato ou omissão cometidos contra uma pessoa idosa no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou comprometa gravemente a personalidade.

Nas definições anteriormente descritas são abrangidos diversos subconceitos para densificar o conceito principal, contudo, e apesar do uso generalizado do conceito de violência, não existe uma uniformidade oficial dos termos utilizados, pelo que por vezes, encontra-se na literatura internacional o conceito de abuso. O termo «abuso de pessoa idosa», genericamente designado na literatura internacional como *«elder abuse»*, encontra-se definido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), como a *“ação ou omissão, intencional ou não, da qual resulta sofrimento desnecessário, lesão, dor, a perda ou a violação dos direitos humanos, e consequentemente uma diminuição da qualidade de vida do idoso”*.

Evidenciando-se aqui uma primeira diferença face ao conceito de violência, diferença essa que se traduz na admissibilidade de ausência de intenção.

As diferentes definições existentes ressaltam diversos aspetos, sendo que umas dão mais importância ao facto de esta ser cometida no seio familiar, outras destacam mais o carácter intencional da violência, outras ainda destacam as diversas formas de manifestação da violência. Contudo, um traço comum à generalidade dos conceitos é a necessidade de proteção de alguém que se encontra numa situação de vulnerabilidade, fragilidade ou dependência face a outrem, a quem incumbe o cuidado de zelar pela sua saúde, bem-estar e integridade, mas cujo comportamento se apresenta, pelo contrário, violento ou abusivo, causador de sofrimento e danos físico ou psíquicos. Ou seja, as diferentes definições assentam em pressupostos comuns: um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança e uma consequência que provoca um efeito, obrigatoriamente traduzido num dano físico e/ou mental (Dias, 2005).

1.3. Conceito de violência doméstica nas pessoas idosas

1.3.1. Heterogeneidade do conceito

Entre as variadas formas pelas quais as pessoas idosas podem ser objeto de alguma manifestação de violência, em sentido amplo, podemos encontrar desde a delinquência comum até às mais subtis formas de discriminação social. Podemos referir as pessoas idosas tanto como vítimas de um delito perpetrado por desconhecidos, como esquemas enganosos e fraudulentos ou roubos com violência, mas também como objeto de situações em que essa violência é exercida por pessoas que as rodeiam. Pessoas que podem ser desde profissionais que deveriam encarregar-se do seu cuidado, até familiares, vizinhos ou amigos. Podemos falar de violência que se produz numa relação de cuidado, quando a pessoa idosa é frágil e dependente. Mas também, quando essa mesma pessoa idosa se encarrega do cuidado de outra pessoa dependente. Essa violência pode ser exercida por cônjuges, filhos adultos, netos, por um familiar próximo que cuida da pessoa idosa, por um profissional contratado ou por instituições. Assim sendo, a violência contra pessoas idosas pode integrar-se em âmbitos institucionais mas também produzir-se no seio da família, nas relações intrafamiliares (Bonnie & Wallace, 2003; Ibáñez, 2012; Ibáñez, 2015; Penhale & Parker, 2008).

Pode-se compreender a violência contra pessoas idosas em três grandes dimensões: a *violência sociopolítica* – relativa às relações sociais mais gerais que envolvem grupos e pessoas consideradas delinquentes; a *violência institucional* – diz respeito aos serviços prestados por outras instituições, como hospitais, serviços públicos, que ocorre por ação ou omissão. Refere-se também a relação existente nas instituições de longa permanência para idosos e instituições de serviço privadas ou públicas, as quais negam ou atrasam o acesso, hostilizam o idoso e não respeitam sua autonomia; e a *violência intrafamiliar* – relativa à violência calada, do silêncio, que possui como agressores os familiares (filhas/os, netas/os, cônjuges, entre outros familiares, vizinhos e cuidadores) (Faleiros, 2007).

A violência intrafamiliar, importante representação da violência interpessoal, é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Violência intrafamiliar é aquela que acontece dentro da família, em casa ou fora dela, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha/filho) ou civil (marido/esposa, nora/genro ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou parente do marido/da esposa) ou afetividade (amigo/a que more na mesma casa ou cuidador) (Faleiros, 2007).

No âmbito familiar pode apresentar diversas formas: desde a violência de gênero, com um largo historial e que se prolonga na "idade da velhice", até à violência entre cônjuges que implica uma situação nova na convivência, despoletada pela fragilidade e dependência da mulher na «*old age*». Pode também tratar-se de violência exercida por um filho adulto que assumiu responsabilidades de cuidado dos seus pais idosos. Pode, no entanto, ter base numa dependência da vítima ou mesmo uma dependência, por diversos motivos, do próprio agressor. Referimo-nos a vítimas que perdem as suas capacidades cognitivas, como consequência de algum tipo de doença ou estado de demência, mas também, de vítimas que mantendo a sua autonomia pessoal podem, e devem, decidir por si mesmas, quando e como devem intervir em situações de violência (Bonnie & Wallace, 2003; Ibáñez, 2012; Ibáñez, 2015; Penhale & Parker, 2008).

A determinação de um conceito válido e útil sobre o fenómeno tem sido uma tarefa difícil, em primeiro lugar pela dificuldade de encontrar uma definição e até mesmo uma tipologia precisa

e, em segundo, pela dificuldade de delimitação do fenómeno a partir de elementos chaves. A violência ou maus tratos são conceitos socialmente construídos, no sentido que o significado desses mesmos conceitos, para cada individuo, vai depender das suas próprias concepções baseadas nas suas circunstâncias pessoais (idade, género, classe social, educação). Como aponta Penhale e Parker (2008, p. 25) o entendimento daquilo que constitui um ato de violência encontra-se em constante mudança e desenvolvimento, tratando-se de um conceito fluido relacionado com as noções contemporâneas de aceitável ou inaceitável. Por outro lado, a carência de estudos que se ocupem deste fenómeno, atendendo à complexidade do mesmo e à forma metodologicamente rigorosa que é necessária para a sua análise, tem-se repercutido numa certa indefinição concetual.

Bonnie e Wallace (2003, p.65) reconhecem a heterogeneidade do fenómeno e a necessidade de exploração da natureza desse carácter heterogéneo da violência contra pessoas idosas. Até ao momento, os estudos baseiam-se, na sua maioria, ao nível das tipologias estabelecidas ou são determinados pelas definições legais, mais do que por classificações formadas por critérios científicos ao nível dos fatores de risco. Payne (2002) centra as consequências na falta de consenso em relação a uma definição adequada de violência contra pessoas idosas nos seguintes pontos: dificulta a deteção de casos de violência assim como a intervenção dos mesmos; dificulta também a possibilidade de comparação entre os diferentes estudos e investigações sobre o tema e, portanto, as explicações ou teorias explicativas do fenómeno; finalmente, é um entrave para a determinação do alcance real da vitimação contra as pessoas idosas.

Segundo Bennett e colaboradores (Bennett, Kingston & Penhale, 1997, p.19) é preciso abordar o tema numa visão mais ampla, a partir de condicionantes sociológicos, culturais e económicos que influenciam a vida familiar contemporânea e a posição social dos mais idosos.

A interação de elementos chave – pessoa idosa, vulnerabilidade, relação de confiança e dano – delimita o campo de violência intrafamiliar contra pessoas idosas, entendido como um fenómeno com entidade própria. Contudo, subsiste a dúvida de considerar a idade como um critério para determinar o estado da pessoa idosa ou, pelo contrário, se deveríamos valorar

outras características como o estado funcional, na hora de determinar a probabilidade de risco. É evidente que nesta tarefa é considerado um outro elemento essencial, a vulnerabilidade.

Como refere Steinmetz (1990, p.207), o que diferencia esta forma de violência de outras formas de violência doméstica e o que define a violência contra as pessoas idosas, não seria o tipo de relação mas sim a idade. O autor considera a idade como uma variável ou um critério delimitador, sobretudo do ponto de vista prático, na avaliação do risco de violência. A idade, por sua vez, também é uma situação geradora de vulnerabilidade, o que implica uma ampliação considerável do campo que abarca o fenómeno. Nesta perspectiva o conceito de "adulto vulnerável" (*vulnerable adult*) pode tornar-se demasiado vago e genérico e excluir situações reais de violência, pelo que é necessário ter em conta as circunstâncias que determinam a vulnerabilidade concreta dos idosos objeto de violência. Como aponta Dunn (1993, p.2), o uso do conceito "adulto vulnerável" pode tornar-se num problema para a visibilidade mediática do fenómeno concetualizado como "abuso contra pessoas idosas" (*elder abuse*), denominação que apresenta uma qualidade simbólica ao captar tanto o sentido popular de abuso (*abuse*) como a aceitação geral dos assuntos relacionados com as pessoas idosas (*elders*). Outro elemento essencial é a relação de confiança que se integra como cerne das mais acreditadas definições de violência contra pessoas idosas. Essa relação existiria quando há uma responsabilidade de cuidado e de proteção da pessoa idosa ou, quando a relação, no seu contexto social, cria uma expectativa de cuidado e de proteção. Neste sentido, qualquer parente se encontraria numa posição de expectativa de confiança e da não criação de qualquer dano ou vulnerabilidade à pessoa idosa (Bonnie & Wallace, 2003, p.51). Contudo, uma relação familiar não implica necessariamente uma obrigação de cuidado. Por exemplo, se um filho adulto não assume esse cuidado é razoável esperar que não existam agressões físicas e psicológicas ou exploração financeira por parte do mesmo. É, por isso, importante entender que essa expectativa de confiança, em sentido amplo, abarca os cuidadores mas que não se limita apenas a estes. Finalmente, em relação ao dano causado há que ter em conta que o conceito amplo de violência contra as pessoas idosas poderá incluir condutas que não gerem necessariamente um prejuízo efetivo mas que, simplesmente, podem pôr a pessoa idosa numa situação de risco de dano que resulte irreversível. Ou, por outro lado, há determinadas formas de violência que, necessariamente, implicam um dano infligido como a violência física, psicológica e financeira (Bonnie & Wallace, 2003, p.53).

A partir da análise da interação dos diferentes elementos essenciais da definição de violência contra pessoas idosas é mais fácil delimitar o fenómeno de outros territórios adjacentes, tarefa que não é fácil tendo em conta o grau de dispersão e indefinição concetual existente. Neste contexto, conceito de violência doméstica refere-se a um leque mais amplo de condutas que incluiriam a violência exercida por mulheres contra homens, violência contra pares do mesmo sexo e violência de género (Nerenberg, 2008, p. 27). Neste campo específico, alguns autores (Aitken & Griffin, 1996; Seaver, 1996) incluem subcategorias como a violência doméstica em idade avançada («*domestic violence growing old*») para referirem-se à violência com história passada e que continua quando a mulher é idosa. Ou o tipo de violência que surge apenas nos últimos anos de vida («*late-onset violence*»). Para Aitken e Griffen (1996, p.133), a violência de género, quando se exerce contra as mulheres idosas seria uma manifestação de violência contra as pessoas idosas. A partir desta categorização, outros autores elaboraram um novo conceito de maus tratos em idade madura ou idade avançada («*abuse in later life*») (Brandl & Cook-Daniels, 2002). Como refere Nerenberg (2008, p.27), esta emergência do conceito de violência doméstica contra as pessoas idosas (*elder domestic violence*) como uma subcategoria dos maus tratos contra as pessoas idosas em contexto familiar, cria novos desafios, devido à mudança das definições no campo da violência doméstica e, consequentemente, novos problemas aos já existentes na definição do fenómeno de violência contra pessoas idosas em contexto intrafamiliar.

A violência de género constitui uma realidade também presente na vida de muitas mulheres de idade avançada (Brandly & Cool-Daniels, 2002; Celdrán, 2013; Hightower, 2002; Roberto et al., 2014; Tetterton & Farsworth, 2010). Nestes casos de idade avançada, a idade intersecciona com o género criando condições específicas de vulnerabilidade destas mulheres. A metáfora da interseccionalidade foi introduzida por Kimberle Crenshaw “*para dar ênfase à existência de vários eixos de desigualdade (raça, etnia, género, etc.) que, tal como avenidas numa grande cidade, transcorrem de modo independente, contando no entanto com múltiplas e variadas intersecções*” (Crenshaw, 2002 cit in. Ibáñez, 2015).

Como indica Bennet e colaboradores (Bennet et al. 1997, p.52) não devemos perder de vista a violência contra as pessoas idosas como um conceito amplo que é similar e, ao mesmo tempo, diferente de outras formas de violência familiar. A sua natureza e alcance sugerem a necessidade de se considerar a sua análise e estudo de forma separada, o que não significa que

se possa e deva estudar de forma asilada de outras formas de manifestação de violência no seio da família.

1.3.2. Tipologias de violência

Diferentes estudos científicos revelam classificações quanto à tipologia de violência intrafamiliar contra os idosos. Existem várias formas de perpetrar violência contra a pessoa idosa as quais podem ser consideradas como violência física, psicológica, financeira, sexual, acrescentando a negligência e o abandono. Desse modo, elenca-se e definem-se os tipos de violência contra as pessoas idosas (Alves, 2005; Anetzberger, 2001; Freitas, 2007; Ibáñez, 2011; Oliveira et. al., 2009; Nagpaul, 2001; National Centre on Elder Abuse, 1998;):

- a) Violência física, definida como qualquer ação não acidental praticada por uma pessoa com responsabilidade, poder ou confiança que provoque dano físico, na pessoa idosa, produzindo alterações a nível orgânico, psíquico, social, familiar e profissional. Inclui atos como empurrar, agarrar, bater, estrangular, ameaçar com recurso a arma ou objeto;
- b) Violência psicológica, definida como um ato de natureza intencional que afeta a parte emotiva e psicológica da vítima, provocando sofrimento psicológico e sensação de angustia, humilhação e frustração. Pode incluir insultos, ameaças verbais e intimidações, que provoquem na pessoa idosa sentimentos de raiva, choro, desvalorização ou até amedrontar;
- c) Violência financeira ou material, definida como uma violência baseada na exploração ilegal com ou sem o consentimento da pessoa idosa em visão dos seus recursos financeiros e patrimoniais. Essa violência material é compreendida como sendo um resultado sob pressão de chantagem ou ameaças para que sejam cedidos os bens ou o dinheiro da pessoa idosa, por meio de testamento, doações, retenção de cartão entre outros. Este tipo de violência praticado no seio familiar acontece quando os familiares ou cuidadores do idoso se apropriam da poupança ou do rendimento do mesmo para consumo próprio enquanto da pessoa idosa não utiliza esse seu benefício material como tem direito;
- d) Violência sexual consiste num envolvimento não consentido em práticas sexuais que visem a gratificação e satisfação do/a agressor/a, que se encontra numa posição de poder ou autoridade face à pessoa idosa. Este tipo de violência pode manifestar-se, concomitantemente, com violência física ou ameaças;

- e) Negligência, que consiste na recusa ou ineficácia em satisfazer as obrigações ou deveres para com a pessoa idosa, nomeadamente nos cuidados básicos de saúde, higiene ou alimentação ou ao não proporcionar afeto, saúde e satisfação ao mesmo;
- f) Abandono, é semelhante à negligência, porém resulta numa ausência de ajuda ou de socorro por parte do familiar ou cuidador contra a pessoa idosa que necessita de cuidados e de proteção.

As consequências extraídas dessas violências, independentemente, do tipo de violência praticada geram na pessoa idosa frustração, medo, depressão, traumas, sentimentos de perda, culpa e de exclusão. A pessoa idosa tende a viver com sofrimento e tristeza e renega a convivência social (Elsner et al., 2007), elementos que causam desconforto corporal e alteram os comportamentos e as interações sociais das vítimas (Dias, 2009).

A violência física pode causar, por exemplo, a diminuição da mobilidade, lesões físicas ou alterações comportamentais (Dias, 2000; Dias, 2004). Pode ainda acarretar distúrbios psicológicos, como sejam: *stress*, crenças erróneas, confusão mental, estado depressivo, ansiedade, fobias ou estados de pânico, uma baixa autoestima, decréscimo da confiança e diminui a dignidade individual (Dias, 2004; Freitas et al., 2007). A violência sexual pode, por exemplo, provocar sentimentos de revolta e frustração, distúrbios cognitivos, alterações de comportamento e distúrbios na personalidade da pessoa idosa, num contexto em que as vítimas tendem a desculpabilizar e encobrir o agressor (Alves et al., 2005; Motta, 2009). A violência financeira comporta várias consequências materiais e simbólicas para as pessoas idosas, como a fragilidade económica, dependência física e financeira, insegurança, mau estar e debilidade, enquanto a negligência pode provocar mau estar, debilidade física e um maior risco de doença (Dias, 2004). As alterações no estado de saúde das pessoas idosas podem ter efeitos a longo prazo, como sejam relatos contraditórios, receio de comunicar, isolamento e perda de identidade, problemas difíceis de detetar, sobretudo quando as pessoas idosas têm tendência a ignorá-los ou a escondê-los (Elsner et al., 2007).

1.3.3. Enquadramento jurídico-legal

A violência em contexto familiar tem vindo a ganhar visibilidade social e jurídica, nomeadamente através da adoção de regimes específicos de proteção, reconhecendo ainda a

inexistência, na maioria dos ordenamentos jurídicos, de um quadro legal próprio, adequado à proteção da pessoa idosa vítima de violência. Neste sentido, a violência contra as pessoas idosas, que se traduz numa grave violação dos direitos humanos, não deve ser entendida como um fenómeno isolado, considerando, em especial, o aumento dos relatos de episódios verificados em contexto familiar.

A maioria das definições de violência contra pessoas idosas assenta em pressupostos comuns: um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança e uma consequência que provoca um efeito, obrigatoriamente traduzido num dano físico e/ou psicológico. Contudo, existem outras definições onde são abrangidos diversos subconceitos para densificar o conceito principal, tais como o ato de violentar, a intensidade, o abuso de força, a tirania, a opressão, bem como o constrangimento e a coação (OMS, 2005). Traço comum à generalidade dos conceitos é a necessidade de proteção de alguém que se encontra numa situação de vulnerabilidade, fragilidade ou dependência face a outrem, a quem incumbe o cuidado de zelar pela sua saúde, bem-estar e integridade, mas cujo comportamento se apresenta, pelo contrário, violento ou abusivo, causador de sofrimento e danos físico ou psíquicos (OMS, 2005).

A Constituição da República Portuguesa (CRP) salvaguarda o reconhecimento da dignidade da pessoa humana no seu artigo 1º, bem como o direito à integridade moral e física no artigo 25º, direito este que se revela independentemente das especiais circunstâncias de cada indivíduo. Para além destes direitos, é ainda neste normativo que se encontram salvaguardados outros direitos fundamentais, como sejam a proteção do direito à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade, ao bom nome, à reserva da vida privada e familiar, ou a proteção contra quaisquer formas de discriminação. No que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72º da CRP, determina que as *“pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”*, bem como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade (CRP, 2012).

No caso de Portugal, também o Código Civil (CC) prevê a obrigação de alimentos, salvaguardando os direitos das pessoas idosas. Esta obrigação alimentar assenta no

pressuposto de que existe um vínculo familiar e, por isso, uma obrigação que se rege pelas normas da solidariedade familiar (CC, 2013). No que se refere aos indivíduos sobre os quais recai esta obrigação, o artigo 2009º, no seu nº1, define as pessoas que estão vinculadas à obrigação de prestação de alimentos: “*o cônjuge ou ex-cônjuge; os descendentes; os ascendentes; os irmãos; os tios; durante a menoridade do alimentado; o padrasto e a madrasta, relativamente a enteados menores que estejam, ou estivessem no momento da morte do cônjuge, a cargo deste*”. No ordenamento jurídico português, o não cumprimento desta obrigação encontra-se previsto nos termos do artigo 250º do Código Penal.

Em Portugal, como na generalidade dos ordenamentos jurídicos europeus, a proteção da pessoa idosa, ainda que não apresentando um quadro normativo específico, encontra-se salvaguardada no âmbito do conceito de «pessoa particularmente indefesa em razão da idade», conceito este cujo propósito visa a proteção de situações de evidente fragilidade, vulnerabilidade ou desamparo do indivíduo a proteger. De igual modo, a Lei n.º 112/2009, de 16 de Setembro, que veio aprovar o regime jurídico da prevenção da violência doméstica e da proteção e assistência das vítimas, prevê, na alínea b) do seu artigo 2º, as “*vítimas especialmente vulneráveis*”, o que nos leva a concluir que, para o legislador português, a idade avançada carece de igual defesa normativa.

No caso português, as expressões «violência física», «violência psicológica», «violência sexual», e «violência financeira» resultam de forma clara da terminologia jurídica vigente. Deve, no entanto, referir-se que estes diversos tipos de violência podem, no caso do direito português, de acordo com o disposto nos artigos 152º e 152º A do Código Penal Português, ser todos eles considerados como subsumíveis ao «crime de violência doméstica», ou ao «crime de maus tratos», dependendo esta diferença na designação apenas da existência (no caso da «violência doméstica») ou da não existência (no caso dos «maus-tratos») de vínculo parental entre a vítima e o agente agressor. Contudo, tratando-se de violência exercida no seio familiar, contra pessoas idosas, enquadrámos no disposto no artigo 152º, como crime de violência doméstica (CP, 2015).

Verificamos, com base na análise do regime jurídico do crime de violência doméstica previsto no artigo 152º do Código Penal (CP, 2015), que os bens jurídicos em causa visa proteger a dignidade, a integridade física e psíquica, a liberdade, a autodeterminação, a honra da vítima,

bem como a vulnerabilidade e fragilidade, sendo este um crime de natureza público (Albuquerque, 2010). Também no crime de violência doméstica, a ilicitude da conduta é especialmente conferida e agravada pela relação familiar, parental ou de dependência existente entre a pessoa idosa e o agressor, assim como o requisito de coabitação. Importa referir que para a APAV, o crime de violência doméstica deve abranger todos os atos que sejam crime e praticados neste âmbito. Assim a APAV distingue: violência em sentido estrito que diz respeito a todos os atos enquadráveis no art.º 152 do Código Penal e violência em sentido lato que inclui outros crimes em contacto doméstico e intrafamiliar (e.g. violação do domicílio ou perturbação da vida privada, violação da obrigação de alimentos, furto/roubo).

A violência doméstica é considerada um problema social e jurídico, pois o idoso, na maioria das vezes, não denuncia o seu familiar ou cuidador como agressor, dificultando assim, a intervenção e defesa contra as agressões cometidas pela própria família, criando dilemas ético-jurídicos na atuação e a obrigação de denúncia (Condry, 2010; Lievore, 2003).

Se a pessoa idosa está em pleno exercício das suas capacidades cognitivas, deve respeitar-se as suas decisões, mesmo que não estejam de acordo com a dos profissionais envolvidos. Infelizmente, muitas pessoas idosas que são vítimas escolhem continuar na situação, devido aos laços afetivos que têm com o agressor ou até ao próprio medo que inibe a sua capacidade de decisão. Esta situação pode resultar em frustração para os profissionais e num sentimento de impotência. Apesar da escolha da pessoa idosa não ser a mais apropriada, cabe ao profissional, perceber a vontade e expectativas da vítima e mostrar o seu apoio, dando ênfase que a pessoa idosa não precisa continuar nessa situação e proporcionando alternativas para cessar a violência (APAV, 2010). É evidente, ainda, que as pessoas idosas que enfrentam um envelhecimento patológico, sobretudo as que sofrem de demências, bem como as que sofrem de maior dependência da prestação de cuidados estão mais vulneráveis. Se, nestes casos, tivermos um familiar prestador de cuidados violento, estamos diante de uma situação de especial gravidade, uma vez que a capacidade de autodefesa da vítima é muito limitada, bem como a possibilidade de pedir ajuda externa, denunciando a violência a que está sujeita.

Muitas pessoas idosas manifestam dificuldade na denúncia devido a possíveis represálias, como o aumento da violência, a institucionalização, a perda de liberdade, assim como o sentimento de culpa, a pessoa idosa pode pensar que a culpa é sua pois não foi uma boa mãe

ou um bom pai e a violência acaba por ser o resultado disso. Também a vítima pode sentir vergonha por não ter conseguido controlar ou superar a situação em que se encontra (APAV, 2010). O facto de romper o ciclo de violência poderá abalar a reputação da família. Contudo, há situações em que a vítima não é capaz de informar a situação em que se encontra pelo facto de sofrer de problemas de memória, comunicação e outros distúrbios, ou se encontrar num quadro demencial. Por vezes, a falta de informação adequada para identificar corretamente os sinais e os indicadores, e a ausência de instrumentos de avaliação de situações de violência, dificultam a definição de procedimentos adequados para a intervenção na violência contra a pessoa idosa. Cabe ao profissional que tenha conhecimento destas situações, adotar as medidas necessárias para a proteção dessa vítima, tomando consciência que a denúncia, nesses casos em concreto, poderá ser a decisão mais acertada (Condry, 2010; Lievore, 2003).

Concluímos deste capítulo, que embora o crime de violência doméstica seja um crime público em Portugal, existem obstáculos de ordem pessoal como por exemplo, a perceção e o conhecimento da vítima sobre o crime; a sua consideração enquanto assunto privado; sentirem vergonha, medo, culpa; evitam que outras pessoas tenham conhecimento e, por último, pretendem proteger o/a parceiro/a, os seus filhos e/ou cuidadores. Outros tipos de obstáculos associados relacionam-se com o funcionamento do sistema de justiça. Muitas vezes, as vítimas consideram que o ato não é suficientemente grave para denunciar; afirmam também a falta de prova que comprove o crime; por último, o receio de serem desacreditadas ou de terem um atendimento hostil por parte da polícia fazem com que se mantenham no silêncio e ocultem a sua vitimação por longos períodos de tempo (Condry, 2010; Lievore, 2003).

Capítulo 2 – Dimensão do fenómeno: estudos de prevalência e incidência

O fenómeno da violência intrafamiliar contra as pessoas idosas constitui uma realidade, em larga medida, oculta e da qual, possivelmente só se conhece a «*ponta do iceberg*» (Ferreira-Alves, 2005). Só há conhecimento dos números que chegam ao conhecimento público, às instituições e instâncias formais, o que implica, muito provavelmente, uma subestimação das taxas reais da violência (Bonnie & Wallace, 2003, p.73). Os estudos existentes, sobre a prevalência do fenómeno, evidenciam uma carência de trabalhos de base populacional assim como, por outro lado, a quantificação da violência contra pessoas idosas mostra resultados díspares, dependendo dos diferentes estudos que tomam como referência. Uma das razões que

se encontra na base dessa disparidade reside nas diferentes formas de aproximação ao fenómeno, assim como da panóplia de conceitos de violência existentes.

Começaremos por referir os principais estudos internacionais disponíveis para depois nos ocuparmos dos estudos e investigações levadas a cabo em Portugal. Os principais estudos sobre o tema desenvolveram-se no âmbito anglo-saxónico (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália) e, em menor medida, em outras partes da Europa (Países Baixos) e do resto de mundo (Hong-Kong).

Apesar do escasso número de investigações sobre a violência contra as pessoas idosas, a literatura científica indica o perfil da vítima: em geral são mulheres, acima de 75 anos, que possuem algum tipo de dependência física e/ou psicológica, socialmente isoladas, que vivem com os seus familiares, demonstrando nas relações interpessoais serem pessoas passivas e complacentes. Quanto ao agressor, em geral são filhos e/ou pessoas que possuem estreita relação com a pessoa idosa, têm relutância em assumir a responsabilidade de prestar cuidados, sofrem de sobrecarga de responsabilidades e de *stress*, são dependentes dos idosos que cuidam, apresentam algum problema psicológico, são dependentes de álcool e/ou outras substâncias psicoativas (Gondim & Costa, 2006; Menezes, 1999). Segundo Manita (2005), em 90% dos casos de violência registados em Portugal os agressores são do sexo masculino, o que alerta para a importância de estudar a interligação entre o agressor e a vítima na compreensão dos processos de vitimização.

Outras investigações realçam a existência de uma relação de proximidade (de parentesco ou de amizade) entre o agressor e a pessoa idosa (Araujo et al., 2009; Fonseca et al. 2003; Kronbauer, 2004), sendo o agressor alguém que depende de alguma forma da vítima em termos financeiros, habitacionais e/ou afetivos. De acordo com Manita (2005), na maior parte dos casos (60%) os agressores são pessoas que não sofrem de distúrbios ou perturbações que possam “desculpabilizar” o comportamento violento. O exercício de violência e as características dos agressores poderão estar envolvidos num contexto cultural onde impera um poder paternalista e a submissão face a comportamentos classificados como violentos, desresponsabilizando-se os agressores em muitas circunstâncias. Esta submissão poderá estar relacionada com o facto de, na maioria dos casos, o agressor e a vítima apresentarem uma relação de proximidade (Dias, 2000; Manita, 2005).

Na sua investigação, Pillemer e Finkelhorn (1998) determinaram uma taxa de maus tratos de 3,2%. Numa análise da relação entre agressor e vítima, os agressores eram em 58,7% das situações os cônjuges, em 30,2% os filhos e em 17,5% dos casos, outros familiares. Ainda no âmbito desta investigação (Pillemer & Finkelhorn, 1998), na qual se procurava detetar o maltrato através de entrevistas telefónicas, constatou-se que apenas um em cada 14 casos de maus tratos era conhecido das entidades de proteção dos adultos – responsáveis por investigar todos os casos de maus tratos.

Num estudo posterior, O'Keeffe et al. (2007) levaram a cabo uma investigação através de entrevistas pessoais a idosos em que questionavam se teriam sido alvo de maus tratos por familiares, amigos ou cuidadores não familiares. Os resultados concluíram que 2,6% dos idosos da amostra eram vítimas de maus tratos, sendo a prevalência de maus tratos maior para as mulheres (3,8%) do que para os homens (1,1%).

Num estudo de caso realizado em Hong Kong com uma pessoa idosa de 82 anos e com historial de diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal, Chan e colaboradores (Chan, James, Liu & Chiu, 2009) identificaram como principais determinantes de violência contra pessoas idosas a existência de restrições em algumas das suas capacidades, de que são exemplo a imobilidade, a deterioração cognitiva, a debilidade intelectual, a instabilidade emocional e a dependência física e psicológica. Estes elementos potenciam relações de dependência entre o agressor e a pessoa idosa, que podem terminar em violência.

Nos Estados Unidos da América, foram publicados os resultados de um importante estudo epidemiológico sobre o tema denominado *National Elder Abuse Incidence Study* para o Departamento de Justiça dos EUA (Ancierno et al., 2009). Neste estudo observou-se um aumento de casos de violência contra pessoas idosas na ordem dos 150% entre 1986 e 1996, e estima-se que mais de 2 milhões de idosos são maltratados a cada ano neste país (Dias, 2004). De acordo com o *National Elder Abuse Incident Study* (1998) e a Secção de Estatística do Departamento de Justiça Norte-Americano, a negligência é o tipo mais frequente de violência aos idosos (48.7%), seguida da violência emocional/ psicológica (35.5%), violência financeira ou material (30.2%) e a violência física (25.6%). Do estudo (*National Elder Abuse Incident Study*, 1998), concluiu-se: os filhos são os principais perpetradores com 47.3% de incidentes registados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8.8%) e netos (8.6%); em quase

90% dos incidentes de negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes 2/3 são filhos ou cônjuges; as vítimas de autonegligência estão normalmente deprimidas, confusas ou extremamente frágeis; e a violência contra pessoas idosas está associada ao aumento da angústia e mortalidade nos idosos.

Em 2010, os Serviços Executivos de Saúde (Health Service Executive) do Centro Nacional de Proteção das Pessoas Idosas (National Center for the Protection of Older People) da Universidade de Dublin, conduziram um estudo, no qual foram examinadas as características do agressor, numa posição de confiança, durante 12 meses de prevalência dos maus tratos (Naughton et al., 2010). Neste estudo observou-se que as pessoas envolvidas nos maus tratos tinham uma idade compreendida entre 21 e 64 anos e, eram predominantemente o sexo masculino; mais de 50% dos envolvidos estavam desempregados na altura da agressão, tinham um nível intermédio de escolaridade e eram casados ou viviam em união de facto. Tendo em conta o tipo de relacionamento, os filhos adultos jovens foram identificados em 50% dos casos como agressores, seguidos de outros parentes (24 %) e dos cônjuges (20%) (Naughton, et al., 2010).

Entre os estudos mais relevantes encontramos um estudo realizado no Canadá, em que Podnieks e colaboradores (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington & Frizzel, 1989) encontraram taxas de maus tratos de 4%. Por sua vez, nos Estados Unidos, em 1982, Giolio e Blakemore através de uma amostra aleatória de idosos de New Jersey constataram que apenas 1% eram vítimas de maus tratos. Pillemer e Finkelhor (1988) completaram um estudo em larga escala na região de Boston para estimar com precisão os maus tratos a idosos e o abuso doméstico a idosos, reportado (excluindo auto-negligência e exploração financeira) por 32 de 1000 idosos. A prevalência de maus tratos numa amostra aleatória de 2010 pessoas idosas totalizou 2% para a agressão física, de 1% para a agressão verbal e de 0,4% para a negligência.

No Reino Unido, a prevalência de maus tratos numa amostra nacionalmente representativa de 589 pessoas com mais de 60 anos foi de 5,6% para o mau trato psicológico, 1,7% para o físico e de 1,5% para o financeiro (Ogg & Bennett, 1992). Num outro trabalho publicado no Reino Unido em 2009 (Biggs et al., 2009), obteve-se uma taxa de prevalência de maus tratos de

2,6% que inclui o mau trato perpetrado tanto por membros da família, como pessoas conhecidas e cuidadores contratados.

Num estudo realizado na Holanda, 5,6% de pessoas com 65 anos ou mais no Estudo de Idosos de Amesterdão, relataram a violência ocorrida durante o período de um ano. A prevalência de violência verbal encontrada foi de 3,2%, violência física de 1,2%, de violência financeira de 1,4% e de negligência de 0,2% (Comijs, Pot, Smit, Bouter & Jonker, 1998).

Algumas pesquisas efetuadas em países, como por exemplo, Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte concluíram que a proporção de idosos que sofrem maus tratos oscila entre os 3% e os 10%. No Canadá 55% dos casos denunciados eram de abandono, 15% de maus tratos físicos e 12% de exploração financeira (Dias, 2005).

Em Espanha, os estudos de Romero e colaboradores (Romero et al., 2005) e de Pérez-Cárceles e colaboradores (Pérez-Cárceles et al., 2008) mostram taxas muito elevadas de prevalência entre as pessoas idosas participantes. Em concreto, na primeira investigação, 52% das pessoas idosas, à qual se aplicou um questionário, respondem positivamente a pelo menos uma das perguntas em relação com a existência de alguma forma de maus tratos. Contudo, esse valor baixa consideravelmente (10,6%) se estabelecermos a positividade de duas ou mais questões, como o valor a partir qual considera-se a suspeita real do mau trato. No caso do segundo, 44,6% da amostra aparece como "suspeita" de risco de maus tratos. Também em Espanha, numa investigação realizada a nível nacional por Iborra Marmolejo (2008) a diferença entre a taxa de prevalência obtida de uma amostra de pessoas com mais de 64 anos (0,8%), isto é, aquelas pessoas idosas que assinalam ter sido vítimas de alguma forma de violência, é notavelmente inferior à taxa obtida numa amostra composta por cuidadores de pessoas idosas dependentes (4,6%), percentagem que se refere aos cuidadores que indicam ter maltratado de alguma forma a pessoa idosa que têm a seu cargo ou à sua responsabilidade.

Como verificamos, com base nos estudos descritos, as taxas de prevalência de violência obtidas variam de estudo para estudo, como também o seu alcance e extensão, assim como os métodos de obtenção de dados. A partir de uma revisão sistemática realizada por Cooper et al. (2008), de 49 estudos internacionais que através de diversas técnicas exploraram a prevalência de violência e a negligência contra as pessoas idosas, destacaram as seguintes conclusões: nos

estudos de prevalência da violência, através da exploração da população em geral, acima de 6% mostra ter sofrido alguma forma de violência ou abuso no último mês enquanto 5% dos idosos com cônjuges referiu que se vivenciou na sua relação, no último ano, alguma manifestação de violência física; por outro lado, nos estudos que apresentam pessoas idosas com elevado risco de maus tratos, uma quarta parte (25%) das pessoas idosas dependentes de um cuidador reportam alguma manifestação grave de violência psicológica e uma quinta parte (20%), negligência; os estudos que se baseiam nos relatos de cuidadores mostram que um terço (33%) dos familiares confessam ter perpetrado alguma forma de violência.

Em Portugal, a crescente visibilidade da violência contra pessoas idosas enquadra-se, na perspetiva da APAV (2010), num processo de consciencialização dos direitos de todos os cidadãos, os quais revelam cada vez menos receio perante as eventuais consequências negativas da apresentação de uma queixa contra o agressor.

De acordo com as estatísticas da APAV sobre pessoas idosas vítimas de crime e de violência, entre os anos 2013-2015, foi registado um total de 3.214 processos de apoio a pessoas idosas, em que 2.603 foram vítimas de crime e de violência. Estes dados indicaram que 80,41% das vítimas eram do sexo feminino e 19,59% do sexo masculino, 26,5% tinham entre 65 e 69 anos, 44,1% eram casadas e 32,8% pertenciam a um tipo de família nuclear com filhos. Quanto à relação da vítima com o autor do crime, 37,9% das vítimas eram pai/mãe, 28,2% eram cônjuge, 4,7% eram vizinhos, 4,4% eram avô/avó e 24,% correspondiam a outras relações (APAV, 2013-2015). O número de autores de crime contabilizados entre 2013-2015 ultrapassou o número de vítimas (2.603), ascendendo aos 2.730. Em mais de 65% das situações o autor do crime era do sexo masculino, com idade compreendia entre os 65 e 74 anos de idade e estava reformado. Tendo em conta o tipo de problemáticas existentes, prevalece o tipo de vitimação continuada em cerca de 78% das situações, com uma duração média entre os 2 e 6 anos (12,4%). Sendo a residência comum o local mais frequente para a “ocorrência dos crimes”, referido em mais de 55% das situações, já as queixas/denúncias registadas apresentaram uma percentagem de 30,73% face ao total de autores de crimes assinalados. Quanto ao tipo de crime registado, o crime de Violência Doméstica representou 80,97% dos casos denunciados, com destaque para os maus tratos psíquicos, que se assumiu como o tipo de agressão mais frequente, seguido dos maus tratos físicos (APAV, 2013-2015).

No que diz respeito ao ano 2016, a APAV registou um total de 35.411 atendimentos (atendimentos subsequentes – acompanhamento de casos), com um aumento de 8,1% dos atendimentos entre os anos 2014-2016, sendo que 1.009 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, recorreram aos serviços da APAV, representando uma média de dezanove casos por semana e três casos por dia. Importa referir alguns dados específicos e revelantes sobre as situações de vitimação, contra as pessoas idosas registados pela APAV: 77,2% das vítimas foram do sexo feminino; a idade média de pessoas idosas vítimas foi 75,6 anos; quanto às habilitações literárias, 5,2% das vítimas possuíam o 1º ciclo de estudos e 3,2% o ensino superior; relativamente ao tipo de família, 28,7% das vítimas viviam numa família nuclear com filhos/as; por fim, quanto à situação profissional das vítimas, 71,1% encontravam-se reformadas ou na reserva (Relatório Anual da APAV, 2016).

Em 2005, Ferreira-Alves e Sousa coordenaram um estudo pioneiro no nosso país com o objetivo de identificar os determinantes da violência físicos, psicológicos e financeiros e da negligência contra pessoas idosas, numa amostra setorial da cidade de Braga. Neste estudo recolheu-se uma amostra aleatória de 82 pessoas de três centros de dia localizados em Braga (18 sexo masculino e 64 sexo feminino), com idades compreendidas entre os 63 e os 88 anos. Para esta recolha de informação, os autores usaram o *Questions to Elicit Elder Abuse* (Carney, Kahan & Paris, 2003), traduzido pelos autores deste estudo. Os resultados indicam a presença de indicadores de maus tratos num número muito significativo de participantes, sobretudo indicadores de negligência e de violência emocional. A variável estudada mais associada à presença de indicadores de maus tratos foi a perceção do estado de saúde, contudo, o género e a idade também surgiram significativamente associados ao fenómeno. Dos dados recolhidos concluiu-se que o risco de vitimização aumenta nas mulheres, nas pessoas mais velhas e quando o agressor perceciona a fragilidade do estado de saúde da pessoa idosa.

Um estudo desenvolvido pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, entre 2011 e 2014 (INSA, 2011-2014) revelou que 12.3% da população portuguesa, com 60 ou mais anos, - cerca de 314 mil pessoas - foi vítimas de, pelo menos, uma conduta de violência por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional. Integrado no Projeto Envelhecimento e Violência, este "Estudo populacional sobre a violência", baseado numa amostra de 1.123 pessoas, teve como objetivo estimar a prevalência de pessoas com 60 e mais anos na população portuguesa sujeita a violência (física, psicológica, financeira, sexual

e negligência), em contexto familiar, nos 12 meses anteriores à entrevista, assim como reconstituir a lógica e as condições de ocorrência de tais situações no contexto da vida familiar. O número de vítimas de violência foi estimado com base num inquérito telefónico aplicado à população com 60 e mais anos. Constituiu-se paralelamente uma amostra de vítimas de crime e violência com 60 e mais anos, que foram sinalizadas pelas entidades parceiras. As principais conclusões foram que 123 em 1000 pessoas com 60 e mais foi vítima de alguma forma de violência, sendo que dos cinco tipos de violência avaliados, destacaram-se a violência financeira e a violência psicológica: 6.3% da população com 60 e mais anos (cerca de 160 mil pessoas), em ambos os casos, dizem ter sido vítima de, pelo menos, uma conduta destes tipos de violência. Já 2.3% dos inquiridos (58 mil pessoas) foram vítima de, pelo menos, uma conduta de violência física. Os crimes menos frequentes foram a negligência (0.4% da população com mais de 60 anos) e a violência sexual (0.2%). O projeto identificou diferentes agressores, de acordo com os tipos de violência. Na violência financeira, os principais agressores foram os descendentes, nos quais se incluem filhos, enteados e netos, seguidos dos outros familiares, como cunhados, irmãos e sobrinhos. São também outros familiares os principais perpetradores de violência psicológica e/ou física, seguidos dos cônjuges e de atuais e ex-companheiros. O estudo revela que, do total de vítimas, somente um terço denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência vivida e, quando procurou ajuda, a maioria dirigiu-se às forças de segurança (PSP ou GNR). Embora com menor frequência, as vítimas também denunciaram a sua situação de vitimização a elementos da rede social informal (familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho) e a profissionais de saúde (INSA, 2011-2014). Este estudo é indicativo da relevância que o problema tem na sociedade portuguesa e os resultados demonstram que as vítimas de violência que residem na comunidade são, sobretudo, vítimas das famílias, seja alargada ou nuclear.

Um outro estudo que envolveu oito países da Europa, coordenado por uma equipa da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, constatou que em Portugal, 1 em cada 4 idosos foi vítima de pelo menos um ato de violência ao longo do último ano e que 4 em cada 10 idosos foram, em algum momento, alvo de maus tratos físicos, psicológicos, sexuais ou financeiros durante a vida (Alves, 2005).

Em Portugal, a crescente visibilidade em torno deste problema explica o aumento dos números e apesar de no nosso país haver ainda poucos estudos populacionais que permitam

estimar a magnitude deste problema, um estudo desenvolvido na Universidade do Minho, junto de 104 pessoas em três centros de dia, revelou que 3 em cada 4 confessaram ser vítimas de maus tratos (Alves, 2005).

Apesar das importantes variações entre os resultados dos diferentes estudos, é plausível que se tem vindo aceitar que entre 4% e 5% das pessoas idosas com mais de 65 anos sofrem de alguma forma de violência no mundo (Alves, 2005). É evidente que a prevalência de violência, ou a sua suspeita, contra as pessoas, é elevada também na sociedade portuguesa e estamos perante um problema de magnitude considerável, na qual a sociedade deve tomar consciência e responder com medidas e políticas adequadas.

Será conveniente recordar que os diferentes trabalhos de investigação aqui referenciados utilizam técnicas e enfoques muito diferentes para a compreensão do tema, assim como definições e tipologias diversas, pelo que se reflete na variância das percentagens de prevalência das situações de violência. Os resultados dos estudos mencionados abarcam e identificam as tipologias mais usuais e frequentemente descritas na literatura sobre pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar. Porém, no geral, os resultados não permitem vislumbrar tendências claramente marcantes, isto é, existe uma necessidade clara de promover investigações que analisem o tema e que ajudem a dimensionar o fenómeno, assim como, uma urgente uniformização de critérios relacionados com a definição de violência contra pessoas idosas e as suas diferentes tipologias.

Conclui-se que o envelhecimento populacional tem vindo a originar uma reorganização da estrutura familiar, assim como se torna visível com os estudos de prevalência do fenómeno, que tem havido um aumento do número de casos de violência contra pessoas idosas. Diante disto, torna-se necessária a criação de um ambiente onde a velhice não seja percebida de forma negativa pois a violência intrafamiliar é umas das situações a que os idosos estão expostos com o avançar da idade. Conhecer este fenómeno, as suas causas, os seus fatores de riscos e os tipos de violência torna-se essencial para a deteção de possíveis agressões contra as pessoas idosas e consequentemente para uma intervenção mais eficaz.

Capítulo 3 – Teorias explicativas sobre a violência contra pessoas idosas

A falta de unicidade nas explicações teóricas é reproduzida pela heterogeneidade de fatores de risco para a violência contra as pessoas idosas, apontados por vários trabalhos de investigação. Os fatores de risco são variáveis extraídas de modelos teóricos que parecem ocorrer em concomitância com os comportamentos de abuso ou de violência. E, deste modo, embora não sejam agentes causais, são fatores cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de se verificar a ocorrência de violência. Os estudos que investigam fatores de risco podem servir de suporte empírico a alguns modelos teóricos explicativos da violência. O conhecimento teórico produzido neste domínio não é unívoco mas, antes, é orientado por diferentes paradigmas explicativos. Isto significa que, à semelhança de outra qualquer área, o tema dos maus tratos revela-se um assunto muito complexo, sobre o qual podemos pensar tendo em conta muitas dimensões e extensões do problema. Para além disso, as teorias aqui referenciadas como explicativas do problema refletem também muitas semelhanças com modelos já utilizados na explicação dos maus tratos infantis e de outras formas de violência familiar (Dyer & Rowe, 1999; Hirsch, 2001; Wolf, 1998). Wolf e Pillemer (cit. in Dias, 2005) propõem cinco perspetivas teóricas que identificam os fatores de risco de violência contra pessoas idosas na família:

- a) O modelo do *stress* situacional, segundo o qual a violência é um fenómeno situacional que ocorre quando se gera *stress* no cuidador. Este *stress* seria causado principalmente pela incapacidade física ou mental da vítima bem como por condições socioeconómicas desfavoráveis e por baixas competências de *coping* do cuidador. O *stress* experienciado pelo cuidador levá-lo-ia a ter comportamentos violentos contra a pessoa idosa (McDonald & Collins, 2000; Wilber & McNeilly, 2001);
- b) A teoria da troca social, mediante a qual cada relação é caracterizada pela expectativa de que ela fornece benefícios ou recompensas mas que comporta igualmente responsabilidades. Por outras palavras, cada relação seria marcada pela reciprocidade ou por uma igualdade nas recompensas experienciadas. Além disso cada pessoa numa relação procurará retirar o maior número de recompensas e o menor número de prejuízos. Ora o envelhecimento pode trazer consigo uma maior dependência e – devido ao fenómeno do «*ageism*» – um mais baixo estatuto social, o que leva a desequilíbrios nas trocas sociais entre o idoso e o seu cuidador. Nestes dois casos existirá uma diferença de poder que altera a reciprocidade, fazendo com que

o cuidador sinta maior poder mas, simultaneamente, menor recompensa na relação. E será este quadro que pode conduzir à ocorrência de violência desde os financeiros até à violência física e psicológica (McDonald & Collins, 2000; Wilber & McNeilly, 2001);

c) O modelo da violência intergeracional, segundo o qual os maus tratos corresponderiam a um ciclo de violência familiar no qual as crianças maltratadas ou abusadas se tornariam agressores nos seus relacionamentos futuros. Por outras palavras, a violência dever-se-ia a uma aprendizagem ao longo do desenvolvimento, reforçada pela observação e/ou experiência da mesma, que se perpetuaria assim de geração em geração. É um modelo que tem as suas bases em estudos de violência familiar. Dias (2005) contrapõe esta ideia afirmando que a evidência não tem suportado tal hipótese, uma vez que se tem verificado que nem sempre o suposto “ciclo de violência” se reproduz e que existem diferenças importantes entre esta forma de violência e a que se pratica sobre crianças e mulheres;

d) O modelo da violência bidirecional, que apresenta a violência como um fenómeno bidirecional sendo praticado, por isso, tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe os cuidados. Um fenómeno típico de famílias que ao longo do seu ciclo de desenvolvimento exercem controlo uns sobre os outros como gritando, batendo ou ameaçando. Além disso, Steinmetz (1988), que deu o nome a este modelo, constatou que em muitos casos há mais violência (tal como bater ou atirar objetos) da parte de quem recebe os cuidados do que pela parte do cuidador – 22% contra 3% dos casos. McDonald e Collins (2000) chamam modelo de interação simbólica a esta abordagem, apontando para o facto de que no tema de violência ou maus tratos a idosos, não são só os comportamentos que estão em causa mas também a interpretação simbólica que cada um faz do comportamento do outro;

e) O modelo da psicopatologia do perpetrador propõe que o risco de violência está relacionado com as características do agressor. E, dentro destas, estão sobretudo em evidência aspetos da sua saúde mental (Penhale & Kingstone, 1997). Em estudos realizados nos Estados Unidos, por Wolf e Pillemer (1989), 38% dos agressores apresentavam história de doença mental e 48 % referiam uma diminuição na sua saúde mental.

Para um entendimento pleno do fenómeno de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas, é preciso abordar criticamente os aspetos mais presentes na literatura científica disponível sobre o tema. Por um lado, a consideração do *stress* do cuidador e a dependência da pessoa idosa como explicação única; por outro lado, os paralelismos e as analogias estabelecidas

entre esta forma de violência intrafamiliar e outras manifestações de violência no seio da família como a violência de género e a violência infantil.

Quando se analisa a literatura existente sobre a violência intrafamiliar contra pessoas idosas é frequente encontrar o conceito de *stress* do cuidador, como um fator de risco, integrado em modelos teóricos explicativos, ou considerado como uma explicação privilegiada do fenómeno. Alguns autores (Brandl et al., 2007; Nerenberg, 2002; Wolf, 1998), defendem que o *stress* associado com o cuidado dos familiares dependentes, especialmente aqueles que estão afetados por algum tipo de demência, está estritamente relacionado com a violência e/ou negligência. Esta associação conduziu a que os primeiros estudos expusessem um retrato típico de violência contra as pessoas idosas como aquele em que uma mulher frágil é maltratada por uma cuidadora, habitualmente uma filha adulta bem intencionada, mas sobrecarregada pelo *stress* gerado pela situação (Nerenberg, 2002; Wolf, 1998). Os agressores, segundo este modelo, seriam os filhos adultos (especialmente filhas) e as vítimas apresentariam, a maioria das vezes, importantes limitações físicas, mentais ou de ambos os tipos (Wolf, 1998).

Como refere Brandl e colaboradores (Brandl et al. 2007, p.38), esta teoria foi, durante algum tempo, geralmente aceitável e inquestionável. Para Wolf (1998) ganhou esta aceitação, em parte, pela falta de dados empíricos para provar a validade das hipóteses. Sem negar a sua validade e eventual papel em alguns casos de *stress* do cuidador, é evidente a tendência da investigação à medida que se foi desenvolvendo nos últimos anos e aprofundando a natureza do fenómeno. Para Payne (2002, p.542), os investigadores começaram a modificar estas ligações iniciais em três linhas diferentes: primeiro, ao considerarem que é precisamente a dependência do agressor que determina a violência, mais do que a dependência da vítima (Pillemer, 1986); segundo, ao considerarem a explicação centrada no *stress* do cuidador, simplificava em excesso as explicações sobre a violência contra os idosos; terceiro, ao reconhecerem que as características do agressor eram mais relevantes do que as características das vítimas, no momento de explicar a violência contra as pessoas idosas.

A explicação inequívoca da violência contra as pessoas idosas como derivado de uma situação de dependência das vítimas é, por si mesmo, carente uma vez que não tem em conta a pluralidade, complexidade e carácter multicausal do fenómeno, e, para além disso, no

momento atual, carece de uma validação empírica clara e determinante. Lasch e Pillemer (2004, p.1265), afirmam que nem a dependência da pessoa idosa nem o *stress* do cuidador foram encontrados, na maioria dos estudos realizados até ao momento, como fatores preditivos da violência contra idosos. Nos estudos que no seu desenho incorporam grupos de controlo, não puderam estabelecer, pelo menos no âmbito anglo-saxónico, uma relação entre o elevado grau de dependência da pessoa idosa e as situações de violência. Não obstante, é certo que a demência da pessoa idosa associada a situações de violência como fator de risco, apresenta um apoio empírico muito maior quando se relaciona com os comportamentos disruptivos na vítima que pode ocasionar a doença (Coyne et al. 1993; Hommer & Gileard, 1990; Paveza et al. 1992). Há estudos que exploraram a possibilidade de relação entre a demência e a violência do idoso, objeto de cuidado contra o seu cuidador (Coyne et al. 1993; Cahill & Shapiro, 1993). Desta forma, podemos referir que existe evidência empírica que sustenta a reciprocidade da violência em casos que se admite por parte dos cuidadores formas de violência verbal ou física, isto é, comportamentos violentos por parte da pessoa idosa, que apresenta limitações cognitivas.

Como apontam vários autores (Aitken & Griffin, 1997; Bennet et al. 1997; Payne, 2002), talvez a demonstração mais evidente das fraquezas desta explicação centrada no *stress* e na dependência da vítima seja o elevado número de pessoas que se encontram numa situação de cuidado de uma pessoa idosa dependente e a relativa escassez da prevalência dessas situações de violência. Esta explicação deve redimensionar-se à luz da evidência empírica, da realização de novos estudos e, também, da teorização cada vez mais sofisticada sobre o fenómeno. Se convertemos a violência contra as pessoas idosas numa só dimensão possível, estaremos a obscurecer outros cenários determinados por outras causas diferentes e, obviamente, em boa parte, a construção social e cultural do fenómeno.

Brandl (2000) põe ênfase noutra razão diferente, amplamente defendida por teorias feministas: alguns cuidadores ou membros da família (incluindo, cônjuges ou companheiros cuidadores) causam dano à pessoa idosa como forma de exercer e manter o controlo e o poder sobre essa pessoa, na crença que possuem esse direito moral e, desta forma, justificam as suas condutas. Posto isto, em muitos desses casos, a conexão com as causas que explicam a violência, entendida como uma manifestação de domínio do homem sobre a mulher, resultam

evidentes: na realidade, estaríamos perante uma situação de violência de género, às vezes, reiterada durante quase toda a vida.

Ramsey-Klawnsnik (2000) apresenta uma tipologia de cuidadores agressores consoante o seu tipo de personalidade, que nos elucida sobre a multidimensionalidade do fenómeno de violência:

- a) Os stressados (*overwhelmed offenders*), quando a carga de trabalho e de responsabilidade excede a capacidade do cuidador ele pode tornar-se em agressor episódico;
- b) Os limitados (*impaired offenders*), estes cuidadores exercem violência principalmente sob a forma de negligência mas pode igualmente recorrer à violência física ou psicológica, crónica ou intermitente dependendo do tipo de limitação ou deficiência de que padecem;
- c) Os narcisistas (*narcissistic offenders*), estes praticam sobretudo a exploração financeira e a negligência de forma crónica e eventualmente em escalada;
- d) Os dominadores (*domineering or bullying offenders*) são um dos dois tipos de cuidadores que as vítimas mais temem. Os episódios de violência tendem a ser crónicos;
- e) Os sádicos (*sadistic offenders*), a par do tipo anterior, são o outro tipo de cuidadores que as vítimas mais temem. Os episódios de violência tendem, também, a ser crónicos.

Esta tipologia chama a atenção para alguns traços, nomeadamente para a importância dos fatores situacionais e dos fatores de personalidade, sobre a probabilidade da violência ser episódica ou crónica, sobre o nível de intimidação e de danos que o agressor provoca na vítima.

A falta de unicidade nestas explicações teóricas pode encontrar justificação na heterogeneidade de fatores de risco existentes para a violência contra as pessoas idosas. Os modelos e teorias descritos anteriormente focam apenas aspetos muito particulares da violência, versando características individuais de vítimas e agressores ou, então, a influência da sociedade, o que se traduz numa interpretação deficitária da realidade quando utilizados isoladamente. Por esse motivo, Perel-Levin (2008) afirma que muitos investigadores têm vindo a adotar o designado modelo ecológico que explora as interações entre os fatores relativos ao próprio indivíduo e aqueles que estão relacionados com o contexto onde o mesmo se encontra inserido. Por outras palavras, considera a violência como o resultado de uma complexa interação entre as características individuais da pessoa, da comunidade em que

vive, das relações interpessoais e outros fatores, como políticas e normas sociais. Assim, o modelo ecológico permite que a violência contra as pessoas idosas seja abordada como uma questão social mais abrangente. Seguindo a mesma ordem de ideias, o modelo socioecológico, permite um enquadramento teórico da violência, multifatorial e compatível com a complexidade da problemática, sendo que, neste modelo, se procura explicar o fenómeno por uma heterogeneidade de causas, agrupadas em quatro níveis e sistemas ambientais (Schiamberg & Gans, 1999):

- a) O nível macro refere-se aos fatores estruturais, incluindo o sistema jurídico da pessoa idosa vítima de violência e a trajetória institucional da denúncia e de proteção, bem como ao sistema de crenças, valores, normas culturais e atitudes sociais face ao «idadismo» e à violência, que são determinantes no estatuto social do idoso;
- b) Os níveis exo e meso relacionam-se com o sistema de relações laborais, nomeadamente o desemprego, a instabilidade laboral e os recursos financeiros, e com as redes sociais de suporte (formal e informal). Assim, o mesossistema inclui as interrelações entre dois ou mais contextos como, por exemplo, as relações existentes entre a família, a atividade laboral e a vida social. Por sua vez, o exossistema centra-se nos contextos concretos em que se desenvolvem as relações sociais (escola, trabalho), isto é, trata-se dos fatores que afetam a comunidade no geral, como as zonas mais pobres, com altos índices de precaridade laboral ou com pouco apoio social;
- c) O nível micro centra-se na família enquanto principal contexto de desenvolvimento, abordando o tipo de relações familiares: conjugais, filiais, entre outras. Deste modo, o microsistema inclui as características individuais que podem potenciar o risco de um indivíduo se tornar vítima (o sexo, a idade, a situação de incapacidade física e/ou mental, etc.) ou agressor (o sexo, a idade, os traços de personalidade, os problemas de saúde mental ou aditivos, a falta de apoios sociais, entre outros), bem como os fatores de risco relacionados com o contexto em que se insere a relação (a coabitação, a história familiar de violência/transmissão intergeracional e o isolamento social).

Bennet, Kingston e Penhale (1997), indicam níveis de violência contra os idosos segundo a dimensão do seu alcance: o nível macro, o nível médio e o nível micro. O nível macro diz respeito a atitudes abusivas que ocorrem no contexto social e englobam a violência estrutural sob a forma de discriminação contra a idade, «ageism», pensões e reformas inadequadas,

dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde e desrespeito pelos direitos constitucionais e legais do idoso. O nível médio refere-se a atitudes, condutas e políticas que afetam a pessoa idosa na comunidade, tais como: condutas antissociais e o preconceito contra a velhice conduzindo à marginalização e discriminação e modificando o modo como o idoso é tratado pela comunidade. O nível micro refere-se aos conflitos que ocorrem no domicílio entre os idosos, os seus familiares e os seus cuidadores.

O modelo ecológico, descrito anteriormente, não é determinístico, nem causal. Os fatores de risco são considerados na sua interação conjunta entre os diferentes níveis, isto é, os determinantes individuais da vítima e do agressor constituem fatores de risco que são moldados pela estrutura social, e estes, por sua vez, podem potenciar o risco de violência.

A violência intrafamiliar contra pessoas idosas é vista como uma forma de violência familiar com características e dinâmicas muito próprias, mas esta conceção não deve implicar o seu estudo asilado de outras formas de violência familiar como a violência de género. Sobretudo, como manifesta Terri Whittaker (1996, p.153), a análise da violência familiar contra as pessoas idosas tem-se construído mais em relação com a família do que em relação com os indivíduos, isto é, nesta forma de violência entra, em algumas ocasiões, em jogo a dinâmica de poder e controlo que têm mais a ver com o indivíduo e com a sua forma de se relacionar e não tanto com o funcionamento da família, como um sistema. Não deve haver uma visão estereotipada de ambas as formas de violência intrafamiliar, mas sim, uma interrelação e a tentativa de explorar as suas conexões e relações.

3.1. Fatores de risco de violência

A investigação nas últimas décadas tem indicado um conjunto diversificado de fatores de risco (Pillemer, 2005) ou de determinantes que podem assumir um carácter potenciador ou protetor da violência. A maioria dos autores define risco como a probabilidade de alguma forma de violência poder ocorrer no futuro (Alves, 2005; Guerra 2009). Os fatores de risco podem assumir uma natureza estática, ou seja, fatores que não se alteram através da intervenção, como por exemplo, a exposição à violência intergeracional ou dinâmica, que são fatores passíveis de alteração por intervenção, como por exemplo, o abuso e consumo de substâncias (Kropp, 2004; Matos, 2005).

Wolf e colaboradores (Wolf et al., 2003) referem que os fatores individuais, fatores interpessoais, fatores do contexto social e os fatores socio-estruturais podem interagir para aumentar ou reduzir a probabilidade de violência ou negligência contra as pessoas idosas.

Enquanto fatores de risco para a vítima, muitos estudos têm analisado as características sociodemográficas (gênero, idade, estado civil), as condições de saúde (capacidade cognitiva, limitações físicas e de mobilidade, doenças crônicas, perturbações mentais/emocionais) e aspectos socioeconômicos (rendimento, situação perante o trabalho, habilitações literárias e a utilização de serviços apoio necessários) (Cooney & Mortimer, 1995; Costa et al., 2009; Fernández-Alonso, 2006; Gonçalves, 2006; Hirsch, 2001; Jones et al., 1995; Kronbauer, 2004; Oliveira et al., 2009; Sousa et al., 2005; Wolf, 1998).

Relativamente às características sociodemográficas, descritas pelas teorias explicativas como fatores de vulnerabilidade, a maioria dos estudos refere que as mulheres estão potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência (Marmolejo, 2008) ou de tipos específicos de violência (Laumann, Leitsch e Waite, 2008; O’Keefe et al., 2007; Podnieks, 1993). O estado civil parece estar associado ao gênero, sobretudo na violência entre cônjuges. Alguns investigadores (Laumann, Leitsch & Waite, 2008; Gil, 2010) verificaram que a violência física e sexual era, sobretudo, cometida pelos parceiros, tendo os casados, em comparação com os não-casados, evidenciado um risco acrescido. Contudo, esta relação entre o gênero e o estado civil são fatores de risco para a violência conjugal, a qual não é distinguida nos diferentes estudos da violência exercida contra pessoas idosas (Desmarais, Reeves & Gray, 2007). Nos estudos revistos, o estado civil parece estar mais consistentemente associado à violência financeira, sendo que as pessoas idosas que vivem sozinhas (solteiras, divorciadas ou separadas) são mais vulneráveis (Ancierno et al. 2010; O’Keefer et al. 2007; Podnieks, 1993).

Quanto à idade da vítima, pode assumir um papel importante quando associado à existência de comorbilidades, deterioração cognitiva, alterações psicológicas e do comportamento. Doenças como a demência podem resultar em mudanças de carácter e de hábitos, podendo os membros das famílias das pessoas idosas depararem-se com mudanças difíceis de suportar, surgindo sentimentos de impotência, frustração e desespero, não conseguindo lidar com a incapacidade física e mental das vítimas (Ancierno et al. 2010; Podnieks, 1993).

Outro fator importante é a presença de défices cognitivos no idoso (Ancierno et al. 2010; Grande et al. 2000; Wolf, 1998). Wolf (1998) refere que o estado físico e cognitivo do idoso se relaciona mais intensivamente com a negligência de que com outras formas de violência e o isolamento social da família, que ocorre frequentemente em casos de negligência e de violência financeira. Numa investigação conduzida por Cooney e Mortimer (1995), 55% dos 67 cuidadores de pessoas idosas com demência que responderam a um questionário admitiram ter cometido maus tratos, especialmente verbais. Neste mesmo estudo fica claro o peso da coabitação do cuidador com o idoso com demência enquanto fator de risco. Nos 67 questionários recebidos (dos 200 que foram enviados), constatou-se que 55% dos cuidadores de idosos com demência admitiram ter cometido maus tratos físicos (11,9%) e especialmente maus tratos verbais (52,2%) e alguma forma de negligência (11,9%). De todos estes respondentes 1,5% admite ter praticado os três tipos de abuso e 17,2% dois tipos de abuso. Neste estudo, também se tornou evidente que os cuidadores que praticavam maus tratos físicos eram cuidadores com um tempo de cuidado significativamente maior do que os que não praticavam maus tratos (7,9 anos comparativamente com 5,1 anos) e os que praticavam maus tratos verbais avaliava-se a si próprios como estando socialmente mais isolados do que os não agressores (Lachs et al. 1997; Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Marmolejo, 2008).

Os determinantes socioeconómicos que mais frequentemente são descritos na literatura referem-se à situação económica, à condição perante o trabalho e às habilitações literárias. Quanto a estas variáveis, estudos apresentam resultados contraditórios, não se verificando a existência de evidências empíricas que relacionem de forma linear com a violência contra pessoas idosas. Os estudos apenas indicam rendimentos mais baixos e necessidades económicas como potenciadores de negligência (Ancierno et. al, 2010; Naughton et al. 2012).

Os fatores de risco individuais do agressor tendem a ser mais revelantes para a ocorrência da violência do que os fatores individuais da vítima (Marmolejo, 2008). Relacionam-se com traços de personalidade, problemas de saúde mental, *stress* do cuidador, competências de *coping*, problemas financeiros e problemas de abuso de substâncias. (Abath et al., 2010; Apratto et al., 2010; Cooney & Mortimer, 1995; Dias, 2005; Gonçalves, 2006; González et al., 2005; Kronbauer, 2004; Oliveira et al., 2009; Sousa et al., 2005; Wolf, 1998). Os problemas de saúde mental do agressor e os problemas de abuso de substâncias constituem importante fatores de risco, identificados em diversos estudos. O comportamento violento

contra as pessoas idosas pode ser causado ou agravado pelo abuso de álcool ou drogas, ou por outras dependências. Este comportamento agressivo pode resultar diretamente das consequências desta dependência sobre a saúde do indivíduo. O comportamento violento pode também surgir em consequência de distúrbios mentais não diagnosticados dos agressores, como, dificuldades mentais e emocionais do cuidador ou personalidade psicopática (Grande et al. 2010; Marmolejo, 2008; Naughton et al. 2012; O’Keefe et al. 2007; Podnieks, 1993).

A carga física e psicológica sobre os cuidadores, gera *stress* físico e mental. A violência pode ocorrer, mas não necessariamente, numa situação de prestação de cuidados, quando quem cuida não consegue lidar com a incapacidade física e mental da pessoa idosa, tornadas vítimas, bem como com a sua própria falta de liberdade. Por outro lado, doenças como a demência podem resultar em sentimentos de frustração e desespero por parte dos cuidadores, pela excessiva dependência do idoso para atividades rotineiras (AVD), e pelo ressentimento do cuidador em dar muito e em receber pouco (Grande et al. 2010; Marmolejo, 2008; Naughton et al. 2012; O’Keefe et al. 2007; Podnieks, 1993).

Quanto aos fatores da dinâmica relacional, Wolf (1998) propõe como dois fatores de risco centrais a dependência financeira e/ou habitacional do cuidador relativamente à vítima e a dependência física e/ou intelectual e emocional da vítima relativamente ao agressor. A coabitação do idoso com um membro da família, é definida como fator de risco principal por Buttler (1999), nomeadamente se este familiar detiver todo o controlo sobre sua situação de saúde e de cuidados. Uma situação de alojamento partilhado cria maiores oportunidades de tensão e conflito. Nestas circunstâncias, cuidadores e pessoas idosas têm de lidar com a falta de privacidade. Por outro lado, situações de desemprego, são fatores adicionais de *stress* e dependência.

O isolamento social também é descrito como um fator que pode potenciar o risco de vitimação, ao aumentar a dependência e o *stress*, nomeadamente quando a rede social de suporte é frágil ou inexistente (Pillemer, 2005). Lachs e colaboradores (1997) confirmaram que um apoio social diminuto aumentava significativamente o risco de vitimação, enquanto Ancierno e colaboradores (2010) observaram que o suporte social fraco quadruplicava o risco de negligência. Por outro lado, o isolamento social reduz a probabilidade da violência ser detetada e travada e, pode ser o resultado de uma situação de violência, na qual as famílias

evitam os contactos sociais, com receio de que outras pessoas possam suspeitar de violência perpetrada sobre a pessoa idosa.

No que respeita às vivências em contexto familiar, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus tratos (sem que necessariamente o determinem). Estudos apontaram como fator de risco da violência contra pessoas idosas o ciclo de violência intergeracional (Sousa et al., 2005; Motta, 2009), ou seja, as crianças que foram violentadas maltratam os pais e os avós mais frequentemente quando adultos do que crianças que não tiveram experiências abusivas na infância. Compreende-se com esta teoria, do ciclo de violência intergeracional, que o facto de um indivíduo experienciar violência na família durante a sua infância, aumenta a probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos em relações futuras ou de ser vítima de violência. O facto de os indivíduos crescerem num contexto violento durante a sua infância e aprenderem tais comportamentos poderá aumentar a probabilidade de os reproduzirem na idade adulta, existindo portanto uma maior tendência para maltratar (Oliveira & Sani, 2009).

Concluímos, deste capítulo, que embora existam poucos estudos que avaliem a cronicidade da violência praticada contra as pessoas idosas, reconhece-se que um aumento no número de vezes que ocorrem atos violentos pode estar associado ao ciclo intergeracional, à desorganização familiar, à utilização crónica de álcool e drogas, ao *stress* do cuidador (principalmente quando este se sente sobrecarregado por cuidar da pessoa idosa), e à dependência económica dos agressores (Homer et al. 1990; Minayo, 2003; Motta, 2009; Rautio et al., 2005; Sousa et al., 2005; Zibelman et al., 2005) assim como a existência de um historial de doença crónica, deteriorização cognitiva, debilidade intelectual, solidão e falta de suporte afetivo nas vítimas (Chan et al., 2009; Hildreth et al. 2009; Oliveira et al., 2009).

Capítulo 4 – Avaliação do risco de violência contra as pessoas idosas

4.1. Avaliar o risco de violência

A violência contra as pessoas idosas é um problema social que assume cada vez mais expressão na sociedade portuguesa pelo crescente número de casos conhecidos. Importa identificar os processos e as condições de ocorrência da violência a que estão sujeitas as

pessoas idosas, no contexto da vida familiar, de modo a desenvolver na prática estratégias de prevenção e intervenção. Esta abordagem requer o domínio dos fatores de risco, dos sinais de violência e dos instrumentos de avaliação do problema, para que se torne viável a adaptação e tradução de instrumentos de avaliação do risco, usados internacionalmente, para a realidade portuguesa e utilizados pelas áreas sociais.

A avaliação de risco é cada vez mais utilizada enquanto metodologia aplicada a casos de violência, devido à necessidade de avaliar, intervir e reduzir o risco, de modo a evitar a reincidência, bastante frequente neste tipo de crime. A avaliação de risco de violência tornou-se uma ferramenta necessária para os profissionais que trabalham em contextos sociais. Assim, a avaliação de risco é uma metodologia que nos permite prever o risco a que uma vítima está exposta num período limitado no tempo, o que nos permitirá delinear estratégias de intervenção de modo de evitar a reincidência de comportamentos ou minimizar o risco de revitimação. A avaliação de risco em casos de violência pode ser definida como uma tentativa de identificação de vítimas que estejam mais expostas ao risco de experienciarem violência no futuro. As decisões sobre o risco envolvem preferencialmente aspetos como a iminência, natureza (emocional, física, sexual), frequência, e a severidade da violência, bem como a probabilidade desta ocorrer (APAV, 2010).

De acordo com a visão de Robinson (2006), os instrumentos de avaliação de risco fornecem, em primeiro lugar, uma forma estruturada de se fazer uma recolha de informação relevante da vítima. Esta informação, particularmente quando partilhada com outras entidades, pode ajudar a fornecer um melhor serviço às vítimas, pois tem em conta as suas necessidades específicas. Em segundo lugar, a avaliação de risco pode identificar as vítimas que, pela situação de risco na qual se encontram, requerem uma assistência mais urgente por parte das entidades de apoio envolvidas. Vários estudos realizados com vítimas concluíram que a violência pode escalar no tempo. É esperado que as vítimas com mais recursos e apoio possam vir a prevenir esse fenómeno crónico e essa escalada da violência. Deve-se, igualmente à avaliação de risco a prevenção do homicídio em casos de violência (Robinson, 2006).

Durante muitos anos, a avaliação de risco de violência foi encarada numa perspetiva de predição (Kropp & Hart, 1998; Douglas & Lavoie, 2006). Mais recentemente, foi reformulada mais em termos de avaliação de risco do que na perspetiva da predição de violência ou de

perigosidade, colocando deste modo, a ênfase na natureza contínua e dinâmica do risco. Neste sentido, Kropp e Hart (1998; Douglas & Lavoie, 2006) definiram avaliação de risco como “*o processo de conjecturar, de modo informado, sobre os atos agressivos que um indivíduo pode cometer contra outra pessoa e determinar os passos que devem ser dados para prevenir esses atos e minimizar as suas consequências negativas*”. Posto isto, a avaliação e a gestão de risco é um processo *continuum*, não depende de um único momento de avaliação, na qual devem ser explícitos os fatores de risco dinâmicos para uma melhor delineação de planos de segurança.

Para se medir o nível do risco a que uma vítima está exposta, os profissionais devem ser capazes de identificar, com rigor, os fatores de risco de violência. Portanto, qualquer medida ou instrumento de avaliação de risco deve conter os fatores de risco que a literatura mostrou estarem relacionados com o comportamento violento, para posterior elaboração de um plano de redução e gestão do risco (Douglas & Lavoie, 2006). O facto de alguns fatores serem dinâmicos, é um aspeto crítico, pois um fator de risco mutável, por oposição aos fatores de risco estáticos, constitui o alvo mais promissor para os esforços de intervenção. Neste sentido, quando um fator dinâmico de risco é identificado e se aplicam as intervenções de gestão do risco adequadas, a força de risco deverá diminuir, conduzindo à redução geral quer do nível do risco, quer da probabilidade de ocorrência de violência (Douglas & Lavoie, 2006).

Campbell e colaboradores (2001), nos estudos que desenvolveram, concluíram que as vítimas tendem a subestimar o seu risco de agressão entre 47% e 53%. Segundo os mesmos autores, isto pode dever-se ao facto de a avaliação ser unidirecional em termos de precisão, isto é, as vítimas podem predizer melhor o risco quando estão em perigo, do que quando estão em segurança. Outro entrave que se coloca na precisão da avaliação, é o facto de algumas vítimas evidenciarem alguma relutância em cooperar com o sistema de justiça. Avaliar o nível de risco da vítima, é uma tarefa complexa pois, muitas das vezes, a vítima tende a minimizar o próprio risco (Martin, Berenson, Griffing, Sage, Madry, Bingham & Primm, 2000; Matos, 2005). A avaliação de risco é igualmente útil, pois tem implicações preventivas para a própria vítima (promoção de um plano de segurança pessoal) e implicações judiciais (ativação de medidas de proteção, intervenção psicológica para o agressor). É devido a estas implicações que surge a necessidade de fundamentar, de forma clara, concisa e concreta a avaliação, incluindo formas de evitar a revitimação (Kropp, 2004; Matos, 2005).

Tendo em conta os estudos de prevalência, o aumento da violência nas suas diferentes formas tem sido reconhecido por várias organizações nacionais e internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública, uma prioridade que deve ser tida em conta, nomeadamente no desenvolvimento de investigação (instrumentos de deteção, avaliação e intervenção) que permitam conter o fenómeno, no quadro da vida familiar.

4.2. Instrumentos de avaliação do risco de violência

Em Portugal existem poucos estudos que permitam estimar a magnitude da problemática de violência contra pessoas idosas assim como é desconhecida a existência de instrumentos específicos na área social destinados à avaliação destes, aferidos para a população portuguesa. Considerando-se que a violência contra idosos é uma importante manifestação da violência que ocorre no seio familiar e diante a carência de ferramentas disponíveis em português para a sua aferição, parece oportuno e relevante tornar disponíveis versões em português de instrumentos provenientes de programas de investigação robustos. Para isso, torna-se fundamental que esses instrumentos sejam alvo de processos de validação e de adaptações formais antes de serem utilizados. Tanto a elaboração e validação destes instrumentos de aferição como guias e protocolos de atuação específicos para intervir em casos de violência intrafamiliar contra pessoas idosas, deveria implicar, na medida do possível, os próprios profissionais em diferentes âmbitos de atuação.

Há poucos instrumentos especificamente desenvolvidos para a avaliação de situações de violência intrafamiliar contra idosos (Celdrán, 2013, p.61). Um dos mais relevantes nos Estados Unidos da América é denominado *Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans* (Bass, Anetzberger, Ejaz & Nagpul, 2001), e mais recentemente, a escala de violência familiar contra as mulheres idosas, *Family violence against older women scale*, publicada por Paranjape, Rodriguez, Gaughan e Kaslow (2009). Podemos ainda destacar outros instrumentos existentes internacionalmente (Quadro 1.), porém, nenhum validado para a realidade portuguesa (Portugal).

Quadro 1. Instrumentos de despiste e de avaliação da violência contra pessoas idosas, retirado e adaptado de vários autores/várias publicações

Tipo	Instrumentos de despiste e avaliação dos maus tratos a idosos
<i>Screen</i> da Violência	Actual Abuse Tool
	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAS)
	Partner Violence Screen (PVS)
	Questions to Elicit Elder Abuse
	Screen for Various Types of Abuse or Neglect
Avaliação Física	Elder Assessment Instrument (EAI)
	Suspected Abuse Tool
Avaliação do Risco	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)
	Elder Abuse Suspicion Index (EASI)
	Elder Assessment Instrument (EAI)
	Health, Attitudes Toward Aging, Living Arrangements and Finances (HALF)
	Indicators of Abuse (IOA)
	Risk of Abuse Tool
	Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)
Avaliação do Cuidador	Caregiver Abuse Screen (CASE)
	The Modified Caregiver Strain Index (CSI)

Para determinar se um indicador representa um conceito teórico com precisão, duas propriedades básicas de medida empírica devem ser analisadas. Essas propriedades dos instrumentos psicométricos são a fiabilidade e validade. Fiabilidade é uma medida estatística da reprodutibilidade ou a estabilidade dos dados recolhidos pelo instrumento de investigação. É o grau em que o instrumento (ou medida) de investigação produz os mesmos resultados, sempre que seja aplicado por um ou mais investigadores ou em mais do que um momento temporal. O cálculo do coeficiente de fiabilidade permite-nos medir a consistência interna da escala, ou seja, mede a correlação interna dos itens que constituem a escala. Quanto à validade, refere-se ao facto do instrumento de investigação medir ou refletir o fenómeno em causa (se o indicador mede de facto o fenómeno que se quer medir). Relação crucial entre o conceito teórico que se procura medir e o que é realmente medido. Uma medida pode ser

fiável mas pode não ser válida. Porém, para que uma medida seja válida tem necessariamente que ser consistente (fiável).

Quadro 2. Tipos de violência aferida pelos instrumentos (Paixão & Reichenheim, 2006)

Instrumentos	Violência						
	Física	Psicológica	Negligência	Autonegligência	Abandono	Financeira	Sexual
<i>Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol (AKRON)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	✓
<i>Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Caregiver Abuse Screen (CASE)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Conflict Tactics Scale (CTS-1)</i>	✓	✓	–	–	–	–	–
<i>Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	✓
<i>Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPN)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Elder Abuse Assessment Tool (EAI – FULMER)</i>	✓	–	✓	–	✓	✓	–
<i>HALF (HALF)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)</i>	–	–	–	–	–	–	–
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Fulmer Restriction Scale (FRS)</i>	✓	–	✓	–	–	–	–
<i>Indicators of Abuse Screen (IOA)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Health Status Risk Assessment (JOHNSON)</i>	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓
<i>QUALCARE Scale (QUALCARE)</i>	✓	✓	–	–	–	✓	–
<i>Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)</i>	–	–	–	–	–	–	–
<i>Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–
<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i>	✓	✓	✓	–	–	✓	–

Conforme se pode observar no Quadro 2., a maior parte dos instrumentos de avaliação do risco de violência contra as pessoas idosas incide na avaliação do risco de violência física, psicológica, material/financeira e negligência. Outros tipos de abuso como o sexual, abandono não são tão considerados nos instrumentos suprarreferidos. O risco de autonegligência, por sua vez, não é avaliado em nenhum dos instrumentos.

Segundo a literatura, a aplicação de um instrumento de avaliação do risco e posterior elaboração de plano de segurança está entre as melhores práticas na intervenção com vítimas, não só pelo seu carácter científico e estruturado, bem como, é uma metodologia dinâmica que deve ser complementada com uma visão multidisciplinar e que deve abranger fatores de risco estáticos e dinâmicos, de modo a alertar-nos para a presença destes como determinantes do risco que se atribui a cada caso (Guerra, 2009).

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo 1 – Metodologia

1.1. Objetivos do estudo

Com base no que a literatura científica considera relevante na compreensão do fenómeno de violência contra as pessoas idosas, o presente estudo tem por objetivos gerais identificar os fatores de risco de violência numa amostra de pessoas idosas acompanhados pela APAV, e através desse trabalho, permitir o processo de validação de um instrumento de avaliação do risco de violência para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar.

Pretende-se com esta dissertação prosseguir os seguintes objetivos específicos:

- i) Identificar a presença de fatores de risco de violência contra as pessoas idosas, incluindo: fatores de risco para a vítima, fatores de risco do agressor e fatores de risco da dinâmica relacional;
- ii) Verificar a relação entre os diversos fatores de risco de violência;
- iii) Estabelecer os primeiros indicadores de fiabilidade e de validade do instrumento *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED).

1.2. Caracterização do estudo

A fase da metodologia é decisiva para o desenrolar do estudo, pois é nesta fase que se define a forma como a investigação vai ser elaborada e que possibilita a obtenção de respostas, assim, deverá ser adaptada de acordo com o que se pretende. Depois de delineada a investigação deve-se proceder à definição da amostra em estudo, bem como dos métodos de recolha de dados (Fortin, 2009). O tipo de estudo é determinado de acordo com a problemática a estudar e com os objetivos da investigação.

A investigação desenvolvida insere-se num projeto mais alargado entre a Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), que tem por fim o processo de validação

de um instrumento – *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED) – para avaliação dos fatores de risco presentes em pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar.

Trata-se de uma investigação com recurso à análise documental, mais especificamente, uma amostra de 123 processos de apoio à vítima (PAO) da APAV, que visa identificar a presença de fatores de risco de violência e, posteriormente, o estudo das propriedades psicométricas do instrumento AGED. Para o estudo psicométrico do instrumento, AGED, foi testada a «*reliability*» (fiabilidade) do instrumento e a «*validity*» (validade) concorrente entre instrumentos, com a aplicação conjunta de outros dois instrumentos de avaliação do risco: *Indicators of Abuse Screen* (IOA) (Reis & Nahmias, 1998) e *Danger Assessment* (DA) (Campbell, 2003; Versão traduzida e adaptada por Fonseca, Manita, Saavedra & Magalhães, 2013).

Assim, recolheu-se e analisou-se a informação necessária dos processos de apoio à vítima de pessoas idosas, que foram alvo de violência doméstica, no ano de 2016. As variáveis em estudo, que constam dos três instrumentos de avaliação do risco enunciados anteriormente, foram codificadas e transpostas para o *software IBM SPSS Statistics 24*, com vista ao seu tratamento quantitativo. Posteriormente, a base de dados criada foi preenchida tendo em conta a informação constante dos 123 de processos da amostra, cotando a presença ou ausência, de acordo com as escalas de cotação de cada um dos instrumentos usados para a investigação, dos fatores de risco de violência identificados nos respetivos processos.

1.3. Amostra

O universo populacional é constituído por sujeitos, do sexo feminino e masculino, com processo de apoio à vítima na APAV, no âmbito da Violência Doméstica, na qual recorreram presencialmente aos gabinetes de apoio à vítima, no ano de 2016. Esta investigação abrangeu todos os processos de apoio à vítima, independentemente da zona do país, de pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos. Do universo populacional foi extraída uma amostra com os seguintes critérios de inclusão:

- i) processos de apoio à vítima de pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos;

- ii) processos de pessoas idosas que recorreram presencialmente ao serviços da APAV;
- iii) processos iniciados no ano 2016;
- iv) processos de violência doméstica em que os agressores são cônjuges, filhos, netos, outros familiares ou cuidadores em contexto familiar).

A escolha da APAV está relacionada com fatores de conveniência que tornaram mais fácil o acesso aos dados dos processos de apoio à vítima. Está também subjacente uma perspetiva de continuidade das linhas de investigação, na área da Vitimologia, levadas a cabo pela Escola de Criminologia e pela APAV, e da necessidade de uma melhor intervenção junto de uma população tão vulnerável como são as pessoas idosas.

Tendo em conta os critérios amostrais, a amostra é constituída por 123 indivíduos ($n=123$), sendo 75,6% do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino, a maioria casados (55,2%), 42,0% vive no tipo de família nuclear com filhos, reformados (94,9%) e grande parte com o primeiro ciclo de escolaridade (42,9%). A idade das vítimas varia entre os 65 e 93 anos, com média de 75,54 anos ($DP=7,269$).

1.4. Instrumentos

A recolha de dados foi feita com recurso à análise documental. Esta permite encontrar nos documentos informações relativas a aspetos que têm particular interesse para o estudo em concreto. Além de ser considerada uma fonte acessível, neste caso mediante autorização prévia da instituição em causa, a APAV, é também um método económico de recolha de informação. Porém, por vezes, apresenta algumas desvantagens que se prendem, essencialmente, com a qualidade da informação que se encontra reunida nessas fontes e a diversidade dos conteúdos presentes, tendo em conta a heterogeneidade da área de formação dos técnicos de apoio à vítima que preenchem os processos de apoio, nos diversos gabinetes da APAV. Contudo, importa referir que a documentação que se pretende aceder nesta investigação, segue diretrizes previamente fixadas, com base na confidencialidade dos dados recolhidos. Note-se que em alguns casos, a disponibilidade dos sujeitos e a sua colaboração, são fatores que influenciam o modo e o tipo de informação que se consegue recolher, assim como, a forma como os técnicos recolhem a informação, aquando do atendimento às vítimas.

A necessidade de definir como critério de inclusão amostral, apenas processos de apoio à vítima de atendimentos realizados presencialmente, decorre do facto, de nestas circunstâncias, o técnico que faz o atendimento, de recolher o máximo de informação possível relativamente à situação de vitimação.

Tendo em conta a aferição da validade concorrente do instrumento AGED, utilizou-se a informação recolhida de outros dois instrumentos de avaliação do risco de violência: *Indicators of Abuse Screen* (IOA) de Reis e Nahmias (1998) e *Danger Assessment Scale* (DA) de Jacquelyn C. Campbell, Ph.D, R.N. (2003), versão traduzida e adaptada com a autorização da autora por Fonseca, Manita, Saavedra e Magalhães (2013).

1.4.1. *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)*

O AGED (Anexo A) é um instrumento de avaliação do risco dividido em três grandes partes: fatores de risco para a vítima, fatores de risco para o agressor e os fatores da dinâmica relacional. Antes da avaliação dos fatores de risco, o instrumento apresenta uma parte com os dados sociodemográficos relativamente à vítima, onde se incluem informações como a idade, o sexo, a escolaridade, problemas de saúde física e a relação do agressor com a vítima. Também é apresentada uma tabela para assinalar o tipo de violência identificada: violência de natureza física, emocional e/ou psicológica, financeira, social, sexual e negligência¹. Depois desta primeira fase de exploração das características de vulnerabilidade da vítima e da natureza da vitimação, passa-se à avaliação dos fatores de risco, encontrados na literatura como os fatores que potenciam o risco de violência contra as pessoas idosas.

Relativamente à vítima, os fatores encontram-se estruturados da seguinte forma:

- i) V1: Perturbações Mentais
- ii) V2: Demência
- iii) V3: Comportamento
- iv) V4: Culpabilização de Outros
- v) V5: Problemas/Limitações Físicas
- vi) V6: Problemas de Abuso de Substâncias
- vii) V7: Recusa de Serviços Necessários

¹ Respostas do tipo SIM/NÃO (*score* 1 ou 2 respetivamente).

viii) V8: Vítima de Abuso no Passado

Relativamente ao agressor, numa primeira parte encontramos dois itens sobre o Historial de Violência para assinalar “SIM” ou “NÃO”²: o Histórico Criminal e o Histórico de Agressão a Terceiros. Já numa segunda parte, os fatores encontram-se estruturados da seguinte forma:

- i) A1: Dificuldades Mentais/Emocionais
- ii) A2: Problemas de Abuso de Substâncias
- iii) A3: Agressividade
- iv) A4: Problemas de Saúde Física
- v) A5: Expetativas Irrealistas
- vi) A6: Culpabilização de Terceiros
- vii) A7: Problemas Financeiros
- viii) A8: Vítima de Violência Doméstica no Passado
- ix) A9: Perpetrador de Violência Doméstica no Passado
- x) A10: Competências de Coping
- xi) A11: Legitimação e/ou Banalização da Violência
- xii) A12: Ameaças de Morte Credíveis
- xiii) A13: Utilização de Armas e/ou Objetos Durante os Atos Violentos

Por fim, os fatores da dinâmica relacional:

- i) R1: Desempenho de Tarefas de Cuidador
- ii) R2: Entendimento da Condição Médica da Vítima
- iii) R3: Inexperiência Como Cuidador
- iv) R4: Dependência da Vítima
- v) R5: Dependência do Agressor
- vi) R6: Exposição a Violência Intergeracional
- vii) R7: Historial de Conflitos Familiares ou Conjugais
- viii) R8: Coabitação
- ix) R9: Isolamento Social / Suporte Social
- x) R10: Condições Habitacionais Desadequadas e Falta de Segurança
- xi) R11: Falta de Laços Familiares

² Respostas do tipo SIM/NÃO (*score* 1 ou 2 respetivamente; ou 9 quando valor omissos/sem informação).

Depois de explorados os fatores de risco, o AGED apresenta uma tabela com alguns fatores de proteção da vítima, relativamente ao contexto em que esta está inserida: a ligação à comunidade, o estado de saúde, normas e valores positivos, coabitação com elementos protetores entre outros a especificar. O procedimento de avaliação destes itens é através de resposta do tipo “SIM” ou “NÃO”³.

Quanto ao esquema de cotação dos fatores de risco da vítima, do agressor e da dinâmica relacional, aplica-se quatro possíveis *scores*, tendo em conta a informação recolhida dos processos de vitimação: 0 – ausente, 1 – possível ou parcialmente presente, 2 – presente e 9 – valor omissos/sem informação.

1.4.2. *Indicators of Abuse Screen (IOA)*

O IOA (Anexo B) é um questionário de 27 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência (Reis e Nahmiash, 1998). Este instrumento avalia as vítimas assim como potenciais vítimas. Apesar de fatores de risco não serem sinónimo de causalidade, eles estão associados a um aumento da probabilidade de vitimização, e quanto maior a sua presença no meio familiar, maior a probabilidade da violência ocorrer (Lindebach et al., 2012).

O IOA é a primeira ferramenta validada especificamente direcionada para a identificação de fatores de risco na violência contra as pessoas idosas (Cohen, 2011). Este instrumento é considerado um marco importante na investigação e foi desenvolvido para uso por serviços assistenciais domiciliários (Lindebach et al., 2012). Foi construído com base em indicadores de abuso identificados em investigações anteriores das próprias autoras e desenvolvido e validado no ano de 1998, no Canadá, com uma amostra de 341 pessoas (n=341), entre idosos e seus cuidadores não formais (Reis & Nahmiash, 1998; Cohen, 2011). As autoras estudaram um rol inicial de 48 itens relativos a abuso e mais 12 questões sociodemográficas, o que resultou na construção de um instrumento com 29 itens, sendo dois deles questões sociodemográficas (por esse motivo muitos autores consideram que o instrumento possui apenas 27 questões). O instrumento, a ser usado apenas por profissionais, consegue discriminar os casos de abuso (84,4 % das vezes) dos casos de não abuso (99,2% das vezes)

³ Respostas do tipo SIM/NÃO (*score* 1 ou 2 respetivamente; ou 9 quando valor omissos/sem informação).

(Reis & Nahmiash, 1998; Cohen, 2011). Uma segunda análise discriminante com um subconjunto de 70 casos foi realizada e teve resultados semelhantes, com um alfa de *Cronbach* de 0,92 (consistência interna). Um ponto de corte de 16 ou mais respostas afirmativas ao instrumento é considerado como um indicativo de possível caso de violência contra a pessoa idosa (Reis & Nahmiash, 1998).

Apesar das autores considerarem apenas 27 itens na construção do instrumento (Reis & Nahmiash, 1998), na presente investigação optou-se por incluir também os itens contatados como não importantes na identificação de casos de abuso (Reis, 2000 cit. in Ferreira-Alves, 2004), uma vez que se pretende o estudo da validade concorrente e de constructo do AGED (Anexo C) e, simultaneamente, testar a importância desses itens numa amostra portuguesa.

Os resultados do estudo de validação desta ferramenta forneceram evidências consistentes das validades discriminatórias, concorrentes e de constructo. A fiabilidade da escala foi indicada pela sua alta consistência interna. O IOA consegue apontar três principais sinais de alerta para violência contra a pessoa idosa: problemas ou questões pessoais do cuidador; problemas ou questões interpessoais do cuidador; falta de suporte social para a pessoa cuidada e situação de abuso no passado. As autoras indicam o uso do instrumento por ser de aplicação relativamente rápida, confiável e de baixo custo (Reis & Nahmiash, 1998).

Os 27 itens a serem avaliados, indicativos de características mentais e psicossociais das pessoas idosas e dos seus cuidadores familiares, requerem interpretação por parte do profissional que o aplica e por isso a sua capacidade de medir precisamente os maus tratos tem sido questionada por investigadores (Cohen et al., 2006; Cohen, 2011; Lindebach et al., 2012). A vantagem desta ferramenta está no seu esforço de identificar o risco de vitimação, mesmo que ela não tenha sido realmente relatada, na intenção de prevenir futuros casos de abuso, através da intervenção. A desvantagem é a de fornecer apenas indicadores e estar baseada numa entrevista aberta, na qual os entrevistadores podem diferir largamente nas suas aptidões e métodos de avaliação psicossocial (Cohen et al., 2006). Outros autores criticam-na no sentido de tratar-se de uma medida subjetiva, que requer cerca de duas a três horas para ser completada por um entrevistador previamente treinado e experiente (Fulmer et al., 2004).

1.4.3. *Danger Assessment* (DA)

Este instrumento de avaliação do risco avalia o risco de homicídio em mulheres vítimas de violência nos relacionamentos íntimos heterossexuais, e é aplicado em todos os gabinetes de apoio à vítima da APAV (Anexo D), sempre que reunidos os requisitos para a sua aplicação. O DA foi desenvolvido por Jacquelyn C. Campbell (2003), numa versão traduzida e adaptada com a autorização da autora por Fonseca, Manita, Saavedra e Magalhães (2013).

O *Danger Assessment* (DA) é dividido em duas partes: a primeira folha contém um calendário (requer que a vítima indique as suas experiências de violência na intimidade durante o ano transato; a mulher terá que identificar no calendário a data correta ou a mais aproximada em que, durante o último ano, foi maltratada pelo seu companheiro ou ex-companheiro, e para cada data assinalada deve indicar a gravidade do incidente ocorrido de acordo com uma escala predefinida) e a segunda uma *checklist* com 20 questões, que contém questões que nos permite perceber que tipo de violência está presente, a intensidade das agressões; existência ou não de armas etc. Cada um dos itens tem pontuação dicotómica, SIM/NÃO⁴, esta pontuação é baseada na soma do número total de respostas "sim", considerando-se que o aumento do risco é proporcional ao das respostas positivas. Ou seja, para realizar a cotação o vigésimo item não é contabilizado, contabiliza-se só o número total de resposta "SIM" do item 1 a 19, e alguns dos 19 itens. Por exemplo, no item 2 soma-se 4 pontos se a resposta for SIM; nos itens 3 e 4 somar 3 pontos por cada SIM; nos itens 5, 6 e 7, somar 2 pontos por cada SIM; nos itens 8 e 9, somar 1 ponto por cada SIM; caso tenha sido assinalada a resposta 3a) terá que se subtrair 3 pontos por SIM. Por fim obtêm-se o número total, que nos permitirá obter o nível de risco de homicídio a que a vítima se encontra.

A classificação é feita da seguinte forma: menos de 8 pontos – Risco Variável; entre 8 a 13 – Risco Aumentado; entre 14 a 17 – Risco severo; mais de 18 – Risco extremo. Quanto maior for o nível de risco detetado, isto é, mais fatores de risco para a vítima, maior será a urgência na atuação e na elaboração de estratégias específicas de gestão do risco.

⁴ Respostas do tipo SIM/NÃO (*score* 1 ou 2 respetivamente).

1.5. Procedimentos

Inicialmente procedeu-se à elaboração do pedido de autorização à APAV para consulta dos dados internos da instituição, sobre os casos de violência doméstica contra pessoas idosas, deixando claro que se destina unicamente a fins de investigação científica, no âmbito do 2º ciclo de estudos em Criminologia na Faculdade de Direito da Universidade do Porto. Foram identificados os objetivos e metodologia adotada. Garantiu-se total confidencialidade das informações recolhidas (Hagan, 2010), tendo acesso aos processos de vitimação, apenas com *password* e nas instalações da APAV Sede no Porto.

No âmbito da colaboração da Escola de Criminologia com a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, foi também pedida autorização à equipa de investigação responsável pela criação do AGED, para o estudo da validade e fiabilidade do instrumento, e respetiva utilização do mesmo.

Procurou-se conciliar as necessidades da investigação com o material disponível para análise, uma vez que, o início da investigação coincidiu com o momento de fecho e conclusão da base de dados da APAV relativamente ao ano de 2016. A análise qualitativa dos dados permitiu o preenchimento dos instrumentos e inserção dos seus dados no *IBM SPSS Statistics 24* e respetivos tratamentos estatísticos que incluem análises descritivas, correlacionais e da consistência interna dos itens e análise da concordância inter-observadores.

Capítulo 2 – Resultados

Tendo em conta a revisão da literatura científica sobre o tema de violência doméstica contra as pessoas idosas, segue-se uma análise descritiva dos dados sociodemográficos da vítima, do agressor e da situação de vitimação e, posteriormente, uma análise sobre os fatores de risco da vítima, do agressor e da dinâmica relacional, assim como, o estudo das propriedades psicométricas do AGED.

Para a análise da estatística descritiva, foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão. No caso das variáveis quantitativas (e.g., idade dos sujeitos, *scores* obtidos nos instrumentos de avaliação do risco) foram utilizadas medidas como a média amostral (M) e o

desvio-padrão (DP) para verificar a dispersão em relação ao valor médio. No caso das variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências (e.g., género, situação profissional, habilitações académicas, etc.) para contabilizar o número de indivíduos correspondentes a cada classe da variável. Pela sua natureza, estas variáveis não permitem o cálculo da média e do desvio-padrão.

2.1. Características sociodemográficas das vítimas

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas das vítimas

Variáveis	N (n=123)	%
Idade (média ± desvio padrão)⁵		
Sexo		
Feminino	93	75,6
Masculino	30	24,4
Nacionalidade		
Portugal	122	99,2
Alemanha	1	0,8
Estado Civil		
Solteiro(a)	3	2,6
Casado(a)	64	55,2
União de facto	2	1,7
Separado(a)	2	1,7
Divorciado(a)	8	6,9
Viúvo(a)	37	31,9
Sem informação	7	5,7
Nível de escolaridade		
Não sabe ler	3	8,6
Sabe ler e escrever	3	8,6
Primeiro ciclo	15	42,9
Terceiro ciclo	4	11,4
Secundário	3	8,6
Ensino Superior	7	20,0
Sem informação	88	71,5
Situação Profissional		
Empregado(a)	3	2,5
Desempregado(a)	1	0,8
Reformado(a) ou na reserva	112	94,9
Doméstico (a)	2	1,7
Sem informação	5	4,1
Tipo de família		
Indivíduo isolado	15	12,6
Nuclear com filhos	50	42,0
Nuclear sem filhos	18	15,1
Alargada	21	17,6
Monoparental	11	9,2
Reconstruída	4	3,4
Sem informação	4	3,3

⁵ Idade média 75,54 anos e DP=7,269

Como descrito anteriormente nos critérios amostrais e, como observamos na Tabela 1., a amostra é constituída por 123 indivíduos ($n=123$), sendo 75,6% do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino, a maioria casados (55,2%), 42,0% vive no tipo de família nuclear com filhos, reformados (94,9%) e grande parte com o primeiro ciclo de escolaridade (42,9%). A idade das vítimas varia entre os 65 e 93 anos, com média de 75,54 anos ($DP=7,269$).

2.2. Caraterísticas sociodemográficas do/a agressor/a

Tabela 2. Caraterísticas sociodemográficas do/a agressor/a

Variáveis	N (n=123)	%
Idade (média \pm DP) ⁶		
Sexo		
Feminino	41	33,3
Masculino	82	66,7
Nacionalidade		
Portugal	116	97,5
África do Sul	1	0,8
Itália	1	0,8
Moçambique	1	0,8
Sem informação	4	3,3
Estado Civil		
Solteiro(a)	26	24,1
Casado(a)	59	54,6
União de facto	5	4,6
Separado(a)	3	2,8
Divorciado(a)	14	13,0
Viúvo(a)	1	0,9
Sem informação	15	12,2
Nível de escolaridade		
Não sabe ler	2	6,5
Sabe ler e escrever	1	3,2
Primeiro ciclo	6	19,4
Segundo ciclo	1	3,2
Terceiro ciclo	9	29,0
Ensino Superior	12	38,7
Sem informação	92	74,8
Situação Profissional		
Empregado(a)	31	27,7
Desempregado(a)	35	31,3
Reformado(a)	43	38,4
Incapacitante para o trabalho	1	0,9
Estudante	1	0,9
Outra	1	0,9
Sem informação	11	8,9

⁶ Idade média 57,92 anos e $DP=15,56$

A análise das características sociodemográficas dos agressores/as, de pessoas idosas vítimas de violência, identificou 82 agressores do sexo masculino (66,7%) e 41 agressores do sexo feminino (33,3). Na Tabela 2., apresentam-se, discriminadamente, as características sociodemográficas dos agressores. A maioria dos agressores/as de pessoas idosas são casados (54,6%), na qual 43 agressores/as (38,4%) encontram-se reformados/as e com nível de escolaridade o ensino superior (38,7%). A idade do agressor varia entre os 23 e 87 anos, e a média situa-se nos 57,92 anos (DP=15,56), para um número de 96 indivíduos (n=96).

2.3. Relação entre a vítima e o/a agressor/a

No que respeita à relação entre a vítima e o agressor (Tabela 3.), obtém-se uma imagem muito próxima do que se conhece do fenómeno na literatura: os progenitores (42,3%; n=52) apresentam a maior percentagem enquanto vítimas de violência, seguindo-se dos cônjuges com uma percentagem significativa de 36,6% (n=45). Outras relações familiares são assinaladas, como vítimas que são avós (4,1%; n=5), sogros/as (3,3%; n=4), companheiros/as (2,4%; n=3), entre outras, em menor percentagem, como podemos verificar na Tabela 3.

Tabela 3. Relação entre a vítima e o/a agressor/a

Variáveis	N (n=123)	%
Parceiros íntimos		
Violência no casal		
Cônjuges	45	36,6
Companheiro/a	3	2,4
Namorado/a	1	0,8
Casos de separação		
Ex-cônjuges	1	0,8
Ex-companheiro/a	3	2,4
Outras relações familiares		
Progenitores	52	42,3
Avós	5	4,1
Sogro/a	4	3,3
Padrasto/madrasta	2	1,6
Ex-sogro	1	0,8
Outro familiar	6	4,9

2.4. Caracterização do crime/vitimação

A Tabela 4., referente à caracterização da vitimação, indica que a violência psicológica representa o tipo de vitimação mais exercida contra as pessoas idosas com uma percentagem

de 95,1% (n=117), seguindo-se a violência física (56,9%; n=70). A negligência é, também, um dos tipos de violência mais apontados, com uma percentagem de 13,0% (n=16), assim como a violência financeira (12,2%; n=15), e em menor percentagem a violência sexual (7,3%; n=9) e a violência social (0,8%; n=1).

Tabela 4. Caracterização do crime/vitimação

Variáveis	N (n=123)	%
Tipo de vitimação		
Continuada	104	96,3
Não continuada	4	3,7
Sem informação	15	12,2
Duração		
< 1 ano	8	11,0
1 a 5 anos	27	37,0
6 a 10 anos	15	20,5
11 a 20 anos	6	8,2
21 a 40 anos	10	13,7
> 40 anos	7	9,6
Sem informação	50	40,7
Aumento da frequência no último ano		
Sim	51	54,3
Não	43	45,7
Sem informação	29	23,6
Aumento da intensidade no último ano		
Sim	51	54,8
Não	42	45,2
Sem informação	30	24,4
Natureza da vitimação ⁷	Presente	
Violência física	70	56,9
Violência psicológica	117	95,1
Violência financeira	15	12,2
Violência social	1	0,8
Violência sexual	9	7,3
Negligência	16	13,0
Local da vitimação		
Residência comum	81	65,9
Residência da vítima	27	22,0
Residência do agressor	1	0,8
Via pública	3	2,4
Outros	11	8,8

Tendo em conta o tipo de problemática, violência doméstica contra pessoas idosas, prevalece o tipo de vitimação continuada em cerca de 96,3% das situações, com a maior percentagem de duração entre 1 e 5 anos (37,0%), sendo a residência comum o local mais frequente para a ocorrência do crime, referido em mais de 65% das situações (65,9%; n=81). Quando à duração da vitimação, é importante realçar a elevada percentagem de valores omissos, ou seja,

⁷ Cada processo de apoio à vítima pode apresentar mais do que uma tipologia de violência

em 40,7% dos casos (n=50), a vítima não referiu a duração da vitimação, não constando qualquer informação a esse nível nos processos de apoio à vítima.

No que diz respeito à análise do aumento da frequência e da intensidade, no último ano, da violência contra as pessoas idosas, 54,3% da amostra refere que a violência aumentou em frequência (n=51) e 54,8% refere que aumentou em intensidade (n=51). Também, se verifica uma elevada percentagem de valores omissos, isto é, em 23,6% e em 24,4% dos casos, para o aumento da frequência e da intensidade respetivamente, não existe informação nos processos de apoio relativamente a este ponto de análise.

2.5. Avaliação do risco de violência: AGED

Partindo dos objetivos gerais, previamente definidos para a presente investigação – identificar os fatores de risco de violência numa amostra de idosos acompanhados pela APAV e estabelecer uma primeira análise da validação de um instrumento de avaliação do risco de violência para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar – seguem-se os resultados da análise do instrumento *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED).

2.5.1. Fatores de vulnerabilidade individuais da vítima

Tabela 5. Fatores de vulnerabilidade individuais da vítima

Variáveis	Presença n=123		Ausência n=123		Omissos n=123	
	N	%	N	%	N	%
Sexo feminino	93	74,8	31	25,2	-	-
Idade > 74 anos	66	53,7	57	46,3	-	-
Problemas de visão	3	3,8	75	96,2	45	36,6
Problemas de marcha	20	23,3	66	76,7	37	30,1
Problemas de equilíbrio	20	23,3	66	76,7	37	30,1
Acesso a cuidados de saúde	106	100	-	-	17	13,8
Baixa escolaridade ⁸	3	8,6	32	91,4	88	71,5

Como podemos analisar, da observação da Tabela 5., apresenta-se um conjunto de fatores de risco da vítima, que são descritos na literatura como fatores de vulnerabilidade individuais da vítima, como: ser do sexo feminino, ter idade superior a 74 anos, ter baixa escolaridade e ter problemas de saúde física. Estes fatores, fatores de vulnerabilidade individuais da vítima,

⁸ Para a variável “baixa escolaridade” consideramos “não sabe ler e escrever ou 1º ciclo incompleto”.

representam a primeira parte de análise do instrumento AGED, relativamente aos fatores de risco de violência da vítima. Para a cotação destas variáveis cotamos “SIM” (presente), “NÃO” (ausente) e “Omisso” (sem informação).

Verificamos que em 74,8% dos casos (n=92) as vítimas são do sexo feminino, 53,7% (n=66) têm mais de 74 anos de idade e 8,6% (n=3) têm baixa escolaridade. As duas primeiras variáveis, ser do sexo feminino e ter mais de 74 anos, não apresentam valores omissos, contudo, a variável “baixa escolaridade”, em 71,5% dos casos (n=88) a informação é omissa. Relativamente aos problemas de saúde física, como problemas de visão, marcha e equilíbrio, representam o seguinte: em 23,3% dos casos (n=20) apresentam, simultaneamente, problemas de marcha e equilíbrio e um valor omissos de 30,1% (n=37); e 3,8% (n=3) apresentam problemas de visão e um valor omissos de 36,6% (n=45). Quanto à variável “acesso a cuidados de saúde” em 106 processos da amostra (n=106), a vítima tem acesso a serviços de cuidado de saúde, sendo que, os restantes 17 processos da amostra (n=17) correspondem a valores omissos (13,8%).

2.5.2. Sinalização dos fatores de risco de violência

A Tabela 6. representa o resultado da sinalização dos fatores de risco de violência, que constam no instrumento AGED, e que se dividem em fatores de risco para a vítima, fatores de risco para o agressor e fatores de risco da dinâmica relacional. Os diferentes itens do AGED são cotados da seguinte forma: “A” ausente, “PP” parcialmente presente, “P” presente e “Omissos” sem informação.

Tabela 6. Fatores de risco de violência (AGED)

Itens AGED	A		PP		P		Omissos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fatores de risco da vítima								
V1	78	87,6	8	9,0	3	3,4	34	27,6
V2	69	83,1	4	4,8	10	12,0	40	30,5
V3	85	88,5	8	8,3	3	3,1	27	22,0
V4	94	94,9	2	2,0	3	3,0	24	19,5
V5	60	65,2	13	14,1	19	20,7	31	25,2
V6	103	100	-	-	-	-	20	16,3
V7	105	98,1	2	1,9	-	-	16	13,0
V8	10	22,2	8	17,8	27	60,0	78	63,4

	A		PP		P		Omissos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fatores de risco do/a agressor/a								
A1	26	50,0	19	36,5	7	13,5	71	57,7
A2	23	34,3	5	7,5	39	58,2	56	45,5
A3	1	0,8	62	52,1	56	47,1	4	3,3
A4	67	89,3	8	10,7	-	-	48	39,0
A5	69	81,2	15	17,6	1	1,2	38	30,9
A6	77	92,8	4	4,8	2	2,4	40	32,5
A7	56	54,4	18	17,5	29	28,2	20	16,3
A8	2	25,0	5	62,5	1	12,5	115	93,5
A9	3	7,1	12	28,6	27	64,3	81	65,9
A10	51	79,7	12	18,8	1	1,6	59	48,0
A11	60	65,9	26	28,6	5	5,5	32	26,0
A12	44	47,3	29	31,2	20	21,5	30	24,4
A13	64	68,1	19	20,2	11	11,7	29	23,6
Fatores de risco – fatores externos e dinâmica relacional								
R1	76	70,4	6	5,6	26	24,1	15	12,2
R2	77	72,6	8	7,5	21	19,8	17	13,8
R3	76	71,0	4	3,7	27	25,2	16	13,0
R4	52	50,0	41	39,4	11	10,6	19	15,4
R5	38	34,5	44	40,0	28	25,5	13	10,6
R6	2	22,2	3	33,3	4	44,4	114	92,7
R7	7	11,9	19	32,2	33	55,9	64	52,0
R8	9	7,4	3	2,5	110	90,2	1	0,8
R9	69	80,2	17	19,8	-	-	37	30,1
R10	79	84,0	7	7,4	8	8,5	29	23,6
R11	3	2,6	106	90,6	8	6,8	6	4,9

a) Fatores de risco individuais da vítima

Quanto aos fatores de risco individuais da vítima, a Tabela 6. destaca três fatores de risco assinalados como “presentes”:

- i) V2: Demência (12,0%; n=10): vítimas na qual há a confirmação de doença mental, particularmente, um quadro demencial, que poderá ter consequência ao nível da autonomia e da necessidade da existência de um cuidador;
- ii) V5: Problemas e limitações físicas (20,7%; n=19): vítimas que apresentam limitações ao nível físico que condicionam a sua autonomia e que se tornam mais dependentes de terceiros;
- iii) V8: Vítima de abuso no passado (60%; n=27): historial de vitimação no passado, que, tendo em conta a análise dos processos, a elevada percentagem diz respeito a casos de violência nas relações de intimidade.

É de salientar que o item “V6” não está cotado em nenhum dos casos da amostra (100%; n=103), que se refere a problemas de abuso de substâncias, isto é, se a vítima tem consumos

frequentes e/ou é dependente de substâncias (incluindo, por exemplo, medicação). Para este item, em 13,0% dos casos (n=16) a informação é omissa.

b) Fatores de risco individuais do agressor

Relativamente ao historial de violência do agressor, 42,9% (n=18) dos agressores tem histórico criminal e 45,0% (n=18) tem histórico de violência a terceiros. Quanto aos valores omissos estes representam 65,9% (n=81) e 67,5% (n=83), respetivamente.

A Tabela 6. destaca alguns fatores de risco do agressor, cotados como “presentes”:

- i) A2: Problemas de abuso de substância (58,2%; n=58): agressores/as que têm consumos muito frequentes e/ou são dependentes de substâncias (como por exemplo, álcool e drogas);
- ii) A3: Agressividade (47,1%; n=56): o agressor/a evidencia elementos concretos que confirmam a existência de comportamentos agressivos contra a vítima;
- iii) A7: Problemas financeiros (28,2%; n=29): o agressor/a tem problemas financeiros provocados por fatores externos, como a situação de desemprego e/ou má gestão financeira;
- iv) A9: Perpetrador de violência doméstica no passado (64,3%; n=27): existência de conhecimento de ter sido agressor de violência doméstica no passado, que coincide com a elevada percentagem de casos de vítimas com historial de vitimação no passado, relativamente à violência nas relações de intimidade.

c) Fatores de risco da dinâmica relacional

Por fim, os fatores da dinâmica relacional, como se verifica na Tabela 6., destacam-se os seguintes fatores, cotados como “presentes”:

- i) R5: Dependência do agressor (25,5%; n=28): o agressor/a depende da vítima em diversas áreas, como por exemplo, financeiramente e/ou habitacional;
- ii) R6: Exposição à violência intergeracional (44,4%; n=4): existência de histórico de exposição à violência intergeracional, especialmente, no que se refere ao agressor/a;

iii) R7: Historial de conflitos familiares ou conjugais (55,9%; n=33): historial de conflitos no passado, que em grande medida, com base na análise dos processos, poderá estar associado à violência nas relações de intimidade;

iv) R8: Coabitação (90,2%; n=110): o agressor coabita com a vítima. A coabitação aparece como o fator mais relevante e evidente nos fatores da dinâmica relacional, com uma percentagem de “ausente” de 7,4% (n=9) e percentagem de “omisso” de 0,8% (n=1).

2.5.3. Fatores de proteção da vítima/contexto

A Tabela 7. apresenta os fatores de proteção da vítima/contexto, que constam no instrumento AGED. Quanto à presença das variáveis na nossa amostra, 93,9% (n=31) tem normas e valores positivos, 88,9% (n=88) estabelece ligação à comunidade, 60,9% (n=56) tem um estado de saúde favorável e 15,2% (n=16) coabita com elementos protetores. É de salientar a percentagem elevada de omissos na variável “normas e valores positivos” (73,2%; n=90), provavelmente pela dificuldade de avaliação deste fator com base na análise documental.

Tabela 7. Fatores de proteção da vítima/contexto

Variáveis	Presença n=123		Ausência n=123		Omissos n=123	
	N	%	N	%	N	%
Ligação à comunidade	88	88,9	11	11,1	24	19,5
Estado de saúde	56	60,9	36	39,1	31	25,2
Normas e valores positivos	31	93,9	2	6,1	90	73,2
Coabitação com elementos protetores	16	15,2	89	84,8	18	14,6

2.5.4. Primeiros dados normativos do AGED

As medidas de tendência central e de dispersão permitem-nos, de forma sucinta e eficaz, descrever um conjunto de dados recolhidos. Assim, as medidas de tendência central consistem num conjunto de medidas que servem para descrever o centro da distribuição dos valores de uma respetiva variável na amostra em questão. As duas medidas mais utilizadas são a mediana e a média. As medidas de dispersão são medidas para descrição dos dados que fornecem uma indicação do quanto os valores da mesma variável estão próximos, ou se

afastam do centro da sua distribuição. As três medidas mais utilizadas são as frequências, o intervalo interquartílico e o desvio-padrão.

A mediana consiste no valor da variável ordenada até ao qual se encontram, pelo menos, 50% dos sujeitos da amostra. O intervalo interquartílico consiste na diferença entre o percentil 75 e o percentil 25 (P75-P25). O percentil 25 será o valor da variável até ao qual encontramos, pelo menos, 25% da amostra. O percentil 75 será o valor da variável até ao qual encontramos, pelo menos, 75% da amostra. Posto isto, da análise da Tabela 8., concluímos que, para o P25, 28,5% da amostra (n=14) representa 8,00 do total do AGED; para o P50, 53,7% da amostra (n=5) representa 13,00 do total do AGED; e para o P75, 78,0% da amostra (n=8) representa 17,00 do total do AGED. A mediana representa, portanto, o percentil 50 (P50). Quanto à média é 13,16, variando entre 2,00 (mínimo) e 32,00 (máximo) e o desvio-padrão é 6,24.

Tabela 8. Percentagens acumuladas e valores de tendência central e de dispersão do AGED Total

Total_AGED		N (n=123)	% Acumulada
	2	3	2,4
	4	3	4,9
	5	9	12,2
	6	3	14,6
	7	3	17,1
P25	8	14	28,5
	9	5	32,5
	10	3	35,0
	11	11	43,9
	12	7	49,6
P50	13	5	53,7
	14	6	58,5
	15	9	65,9
	16	7	71,5
P75	17	8	78,0
	18	6	82,9
	19	4	86,2
	20	3	88,6
	22	4	91,9
	23	2	93,5
	24	4	96,7
	28	1	97,6
	29	1	98,4
	30	1	99,2
	32	1	100,0
Mediana (P50)			13,00
P25			8,00
P75			17,00
Média			13,16
Desvio Padrão			6,24
N			123

2.6. Propriedades psicométricas do AGED

2.6.1. Valores totais do AGED por dimensão

Na Tabela 9. podemos analisar os diferentes valores totais por dimensão do AGED. A média do AGED total (n=123) varia entre 2,00 (mínimo) e 32,00 (máximo), sendo 13,16 (DP=6,24). Se analisarmos por dimensão, isto é, as três dimensões do AGED que dizem respeito aos fatores de risco individuais da vítima, fatores de risco individuais do agressor e fatores de risco da dinâmica relacional, obtemos as seguintes conclusões: O total do AGED para a vítima (n=113), varia entre 0 e 6,00 com uma média de 1,55 (DP=1,68); o total do AGED para o agressor (n=122), varia entre 1,00 e 15,00 com uma média de 5,20 (DP=3,25); e o total do AGED para a dinâmica relacional (n=122), varia entre 1,00 e 17,00 com uma média de 6,64 (DP=3,44).

Tabela 9. Valores totais AGED por dimensão

Totais	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total AGED_V	113	,00	6,00	1,55	1,68
Total AGED_A	122	1,00	15,00	5,20	3,25
Total AGED_R	122	1,00	17,00	6,64	3,44
Total AGED	123	2,00	32,00	13,16	6,24

2.6.2. Correlação entre as dimensões do AGED

Para averiguar se duas, ou mais, variáveis estão associadas calculamos o Coeficiente Correlação de *Pearson*. Para além de permitir verificar a correlação entre as diferentes dimensões do AGED, e na presença de uma associação significativa entre as variáveis, este coeficiente de correlação permite-nos avaliar a direção (positiva ou negativa) e a magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação. Uma correlação de +1 significa que há uma correlação positiva perfeita entre duas variáveis. Da análise da Tabela 10. concluímos que há uma correlação positiva de ,434 entre as variáveis ligadas à vítima e as variáveis ligadas à dinâmica relacional (AGED_V e AGED_R), estatisticamente significativa, tendo em conta o valor de probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p=,000$, ou seja, $p < ,001$. Já as

variáveis ligadas à vítima e ao agressor (AGED_V e AGED_A) apesar de terem uma correlação positiva de ,149, não existe uma correlação estatisticamente significativa ($p=,115$).

Tabela 10. Coeficientes de Correlação Linear de *Pearson* entre as dimensões do AGED

	AGED_V	AGED_A	AGED_R
AGED_V		,149	,434***
AGED_A			,276**
AGED_R			

*** $p<,001$; ** $p<,01$

2.6.3. Consistência interna

Na verificação da consistência interna procedeu-se ao cálculo do Coeficiente *Alpha* de *Cronbach*, para cada uma das dimensões, numa primeira análise ao instrumento AGED. O cálculo do *Alpha* de *Cronbach* permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. O valor do *Alpha* deve ser positivo, variando entre 0 e 1. Os valores de consistência interna das dimensões do AGED (Tabela 11.) apresentam valores de *Alpha* de *Cronbach* no limite inferior dos valores recomendados. Não foi possível calcular o *Alpha* de *Cronbach* para o valor total dos itens, devido ao elevado número de itens omissos.

Tabela 11. Coeficiente *Alpha* de *Cronbach* para cada dimensão do AGED (n=123)

	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>
AGED_V	,14
AGED_A	,47
AGED_R	,44

2.6.4. Concordância inter-observadores

Para a concordância inter-observadores foram selecionados aleatoriamente 23 processos de apoio à vítima da amostra inicial (n=123), para posterior análise de outra Técnica.

Para obter o nível de concordância calculamos o Coeficiente de Correlação Intra-Classes (ICC) para o *score* total e por dimensões. Como se pode observar na Tabela 12., a avaliação independente de dois técnicos sobre o mesmo instrumento de avaliação do risco, o AGED, tem níveis de concordância excelentes para o *score* total (ICC=,93; $p<,001$). Os valores de concordância obtidos nas diferentes dimensões do AGED são, igualmente excelentes, sem exceção.

Tabela 12. Coeficiente de Correlação Intra-Classes (ICC) para o *score* total e por dimensão (n=23)

	ICC	P
AGED_TOTAL	,93	<,001
AGED_V	,84	<,001
AGED_A	,94	<,001
AGED_R	,91	<,001

Como podemos observar na Tabela 13., os indicadores de concordância inter-observadores item a item são, segundo a classificação do *Kappa* de *Cohen*, excelentes em 13 itens (valor de $K>,81$). Os restantes itens têm níveis de concordância satisfatórios, com exceção dos itens “V4: culpabilização de outros”, “A3: agressividade” e “R7: historial de conflitos familiares ou conjugais”, em que os níveis de concordância são insatisfatórios ($K<,21$) e do item “R11: falta de laços familiares” em que não há concordância (K negativo). As percentagens de acordo são, genericamente, elevadas.

Tabela 13. Coeficiente Kappa de Cohen (k) por item

	K	P
Fatores de risco individuais da vítima		
V1 – Perturbações mentais	1	<,001
V2 – Demência	,72	<,001
V3 – Comportamento	,23	,085
V4 – Culpabilização de outros	,16	,054
V5 – Problemas/limitações físicas	,67	<,001
V6 – Problemas de abuso de substâncias	-	-
V7 – Recusa de serviços necessários	-	-
V8 – Vítima de abuso no passado	,71	,012
Fatores de risco individuais do/a agressor/a		
A1 – Dificuldades mentais/emocionais	,85	<,001
A2 – Problemas de abuso de substâncias	,85	<,001
A3 – Agressividade	,20	,157
A4 – Problemas de saúde física	,55	<,001
A5 – Expetativas irrealistas	,21	,146
A6 – Culpabilização de terceiros	-	-
A7 – Problemas financeiros	,83	<,001

A8 – Vítima de violência doméstica no passado	-	-
A9 – Perpetrador de violência doméstica no passado	1	<,001
A10 – Competências de <i>coping</i>	1	<,001
A11 – Legitimação e/ou banalização da violência	,83	<,001
A12 – Ameaças de morte credíveis	,92	<,001
A13 – Utilização de armas e/ou objetos durante os atos violentos	,90	<,001
Fatores externos e dinâmica relacional		
R1 – Desempenho de tarefas de cuidador	,72	<,001
R2 – Entendimento da condição médica da vítima	,88	<,001
R3 – Inexperiência como cuidador	,90	<,001
R4 – Dependência da vítima	,67	<,001
R5 – Dependência do agressor	,49	<,001
R6 – Exposição a violência intergeracional	-	-
R7 – Historial de conflitos familiares ou conjugais	,10	,764
R8 – Coabitação	,65	<,001
R9 – Isolamento social/suporte	1	<,001
R10 – Condições habitacionais desadequadas e falta de segurança	,80	<,001
R11 – Falta de laços familiares	-,80	,716

2.6.5. Validade do construto: correlação entre o AGED, IO e DA

Tabela 14. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre o AGED, o IOA e o DA

VALORES TOTAIS	AGED_ TOTAL	AGED_V _TOTAL	AGED_A _TOTAL	AGED_R _TOTAL	IOA_ CAREGIVER _TOTAL	IOA_ CARE_ RECEIVER: TOTAL	IOA_ TOTAL	DA_ TOTAL
AGED_ TOTAL		,566***	,733***	,818***	,771***	,603***	,843***	,436**
AGED_V _TOTAL			,149	,434***	,260**	,610**	,457***	,035
AGED_A _TOTAL				,276***	,631***	,438***	,670***	,548**
AGED_R _TOTAL					,640***	,385***	,646***	,148
IOA_ CAREGIVER _TOTAL						,370***	,925***	,172
IOA_CARE_ RECEIVER _TOTAL							,695***	,300
IOA_TOTAL								,279
DA_TOTAL								

*** p<,001; ** p<,01

Da análise da Tabela 14., concluímos que há uma correlação positiva ($r=,610$; $n=123$) entre as variáveis ligadas à vítima do AGED e as variáveis ligadas ao recetor de cuidados do IOA

(AGED_V e IOA_CARE_RECEIVER), estatisticamente significativa, tendo em conta o valor de probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p=,001$, ou seja, $p<,01$. Também há uma correlação positiva de ,631 entre as variáveis ligadas ao agressor do AGED e as variáveis ligadas ao cuidador do IOA (AGED_A e IOA_CAREGIVER), estatisticamente significativa, $p=,000$ ($p<,001$). Verifica-se de igual forma, uma correlação positiva de ,640 entre as variáveis ligadas à dinâmica relacional do AGED e as variáveis ligadas ao cuidador do IOA (AGED_R e IOA_CAREGIVER), estatisticamente significativa, $p=,000$ ($p < ,001$). Quanto ao instrumento DA, só se verifica uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis associadas ao agressor do AGED (IOA_A e DA), com $p=,001$ ($r=,548$; $p<,01$).

Tabela 15. Coeficientes de Correlação Linear de Pearson entre o AGED Total, o IOA Total e o DA Total

	AGED_TOTAL	IOA_TOTAL	DA_TOTAL
AGED_TOTAL		,843***	,436**
IOA_TOTAL			,279
DA_TOTAL			

*** $p<,001$; ** $p<,01$

Concluimos da análise da Tabela 15., que há uma forte correlação de ,843 ($n=123$) entre as diferentes dimensões do AGED e as diferentes dimensões do IOA (AGED_TOTAL e IOA_TOTAL), estatisticamente significativa, tendo em conta o valor de probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p=,000$, ou seja, $p < ,001$. No que diz respeito ao AGED com o DA, há uma correlação de ,436 ($n=31$), com uma significância de $p=,014$.

Capítulo 3 – Discussão dos resultados

No que concerne à apresentação dos resultados, é esperado que estes permitam a concretização dos objetivos inicialmente delineados. Esta dissertação teve como objetivos gerais identificar os fatores de risco de violência numa amostra de pessoas idosas acompanhadas pela APAV e, posteriormente, permitir uma primeira fase de validação de um instrumento de avaliação do risco de violência para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar. Especificamente, identificar os fatores de risco para a vítima, os fatores de risco do agressor e os fatores de risco da dinâmica relacional; e estabelecer os primeiros indicadores de fiabilidade e validade do AGED. Para a prossecução dos objetivos foi seleccionada uma amostra de processos de apoio à vítima de pessoas idosas, com idade igual

ou superior a 65 anos, que recorreram presencialmente aos serviços da APAV, no ano de 2016, cuja problemática se enquadra no crime de Violência Doméstica.

Em termos gerais, a realização deste estudo permitiu corroborar alguns resultados já referidos na literatura pela comunidade científica. Tendo em conta a população alvo ser pessoas idosas acompanhadas pela APAV, que estejam dentro dos critérios de inclusão da amostra, este estudo também permitiu comparar alguns dos resultados com os Relatórios Estatísticos da APAV. Assim, iremos apresentar a discussão dos resultados respeitando a lógica da análise dos resultados anteriormente referidos.

3.1. Características sociodemográficas da vítima e do/a agressor/a

Considerando as variáveis para a vítima, – idade, género, estado civil, condição perante o trabalho e nível de escolaridade – os resultados obtidos parecem confirmar na sua generalidade, aquilo que a maior parte dos estudos referem. Assim, verificamos que na nossa amostra estão presentes os fatores de risco relacionados com o género, 75,6% do sexo feminino; o estado civil, sendo a maioria casados (55,2%); a baixa escolaridade, a grande parte com o primeiro ciclo de escolaridade (42,9%); e a idade das vítimas superior a 74 anos (varia entre os 65 e 93 anos, com média de 75,54 anos e $DP = 7,269$).

Cruzando os dados da investigação com a literatura, relativamente às características sociodemográficas, a maioria dos estudos (Cooney & Mortimer, 1995; Costa et al., 2009; Fernández-Alonso, 2006; Gonçalves, 2006; Hirsch, 2001; Jones et al., 1995; Kronbauer, 2004; Marmolejo, 2008; Oliveira et al., 2009; Sousa et al., 2005; Wolf, 1998) referem que as mulheres estão potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência ou de tipos específicos de violência (Laumann, Leitsch e Waite, 2008; O’Keefe et al., 2007; Podniesks, 1993). O estado civil parece estar associado ao género, sobretudo na violência entre cônjuges. Contudo, esta relação entre o género e o estado civil são fatores de risco para a violência conjugal, a qual não é distinguida nos diferentes estudos da violência exercida contra pessoas idosas (Desmarais, Reeves & Gray, 2007). Quanto à idade da vítima, pode assumir um papel importante quando associado à existência de comorbilidades, deterioração cognitiva, alterações psicológicas e do comportamento (Ancierno et al. 2010; Podnieks, 1993). Quanto

aos determinantes socioeconómicos como a condição perante o trabalho e as habilitações literárias não encontramos evidência empírica que suporte os nossos dados.

Na nossa investigação, a análise das características sociodemográficas dos agressores/as, de pessoas idosas vítimas de violência, identificou 82 agressores do sexo masculino (66,7%) e 41 agressores do sexo feminino (33,3). A maioria dos agressores/as de pessoas idosas são casados (54,6%), na qual 43 agressores/as (38,4%) encontram-se reformados/as e com nível de escolaridade o ensino superior (38,7%). A idade do agressor varia entre os 23 e 87 anos, e a média situa-se nos 57,92 anos (DP=15,56), para um número de 96 indivíduos (n=96). Estes números indicam uma aproximação aos dados descritos na literatura, na qual, segundo Manita (2005), em 90% dos casos de violência registados em Portugal os agressores são do sexo masculino. Em 2010, os Serviços Executivos de Saúde (Health Service Executive) do Centro Nacional de Proteção das Pessoas Idosas (National Center for the Protection of Older People) da Universidade de Dublin, conduziram um estudo, no qual foram examinadas as características do agressor, concluindo-se que tinham uma idade compreendida entre 21 e 64 anos e eram predominantemente do sexo masculino; mais de 50% dos envolvidos estavam desempregados na altura da agressão, tinham um nível intermédio de escolaridade e eram casados ou viviam em união de facto.

De acordo com os dados da APAV, 77,2% das vítimas são do sexo feminino; a idade média de pessoas idosas vítimas é 75,6 anos; quanto às habilitações literárias, 5,2% das vítimas possuem o 1º ciclo de estudos; por fim, quanto à situação profissional das vítimas, 71,1% encontram-se reformadas ou na reserva. Quanto ao agressor em mais de 65% das situações o autor do crime é do sexo masculino, com idade compreendida entre os 65 e 74 anos de idade e está reformado (Relatório Anual da APAV, 2016). Os resultados da investigação vão ao encontro dos dados estatísticos da APAV, o que se mostra relevante tendo em conta que amostra do nosso estudo é constituída por pessoas idosas vítimas acompanhadas pela APAV.

3.2. Relação entre a vítima e o/a agressor/a

No que respeita aos resultados do nosso estudo, quanto à relação entre a vítima e o agressor, os progenitores (42,3%; n=52) apresentam a maior percentagem enquanto vítimas de violência, seguindo-se dos cônjuges (36,6%; n=45).

Em 2010, os Serviços Executivos de Saúde (Health Service Executive) do Centro Nacional de Proteção das Pessoas Idosas (National Center for the Protection of Older People) da Universidade de Dublin, conduziram um estudo, no qual, tendo em conta o tipo de relacionamento, os filhos adultos foram identificados em 50% dos casos como agressores, seguidos de outros parentes (24 %) e dos cônjuges (20%) (Naughton, et al.,2010). De acordo com o *National Elder Abuse Incident Study* (1998), concluiu-se: os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes registados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%); em quase 90% dos incidentes de negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes 2/3 são filhos ou cônjuges. Na sua investigação Pillemer e Finkelhorn (1998) determinaram uma taxa de maus tratos de 3,2%. Numa análise da relação entre agressor e vítima, os agressores são em 58,7% das situações os cônjuges, em 30,2% os filhos e em 17,5% dos casos, outros familiares. Os dados estatísticos da APAV demonstram, quanto à relação da vítima com o autor do crime, que 37,9% das vítimas são pai/mãe, 28,2% são cônjuge, 4,7% são vizinhos, 4,4% são avô/avó e 24,% corresponde a outras relações (APAV, 2013-2015). À exceção da investigação de Pillemer e Finkelhorn (1998), os resultados do nosso estudo são corroborados pela literatura quando indicam os filhos como os principais agressores, seguindo-se os cônjuges.

3.3. Caracterização do crime/vitimação

No que refere à caracterização da vitimação, os resultados no nosso estudo indicam que a violência psicológica representa o tipo de vitimação mais exercida contra as pessoas idosas (95,1%; n=117), seguindo-se a violência física (56,9%; n=70). A negligência é, também, um dos tipos de violência mais assinalados (13,0%; n=16), assim como a violência financeira (12,2%; n=15) e, em menor percentagem, a violência sexual (7,3%; n=9) e a violência social (0,8%; n=1). Tendo em conta o tipo de problemática, violência doméstica contra pessoas idosas, prevalece o tipo de vitimação continuada (96,3% das situações), sendo a residência comum entre a vítima e o/a agressor/a o local mais frequente para a ocorrência do crime (65,9%; n=81).

Quanto ao tipo de crime em estudo, o crime de Violência Doméstica, com destaque para a violência psicológica, corrobora os dados da literatura, que apontam esta tipologia como a mais denunciada em casos de pessoas idosas vítimas de violência (Alves, 2005; Anetzberger,

2001; Biggs et al., 2009; Freitas, 2007; Ibáñez, 2011; Oliveira et. al., 2009; Nagpaul, 2001; National Centre on Elder Abuse, 1998; Ogg & Bennett, 1992). Num estudo realizado na Holanda, a prevalência de violência verbal encontrada foi de 3,2%, violência física de 1,2%, de violência financeira de 1,4% e de negligência de 0,2% (Comijs, Pot, Smit, Bouter & Jonker, 1998). De acordo com o *National Elder Abuse Incident Study* (1998) e a Secção de Estatística do Departamento de Justiça Norte-Americano, a negligência é o tipo mais frequente de violência aos idosos (48.7%), seguida da violência emocional/ psicológica (35.5%), violência financeira ou material (30.2%) e a violência física (25.6%).

Um estudo desenvolvido pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, entre 2011 e 2014 (INSA, 2011-2014) revelou: dos cinco tipos de violência avaliados (física, psicológica, financeira, sexual e negligência), destacaram-se a violência financeira e a violência psicológica (6.3% da população, em ambos os casos, dizem ter sido vítima de, pelo menos, uma conduta destes tipos de violência); Já 2.3% dos inquiridos foram vítima de, pelo menos, uma conduta de violência física. Os crimes menos frequentes foram a negligência (0.4%) e a violência sexual (0.2%).

Segundo os dados da APAV, prevalece o tipo de vitimação continuada em cerca de 78% das situações, com uma duração média entre os 2 e 6 anos (12,4%). Sendo a residência comum o local mais frequente para a “ocorrência dos crimes”, referido em mais de 55% das situações. Quanto ao tipo de crime registado, o crime de Violência Doméstica representa 80,97% dos casos denunciados, com destaque para os maus tratos psíquicos, que se assume como o tipo de agressão mais frequente, seguida dos maus tratos físicos (APAV, 2013-2015).

3.4. Avaliação do risco de violência: AGED

3.4.1. Fatores de risco individuais da vítima

Quanto aos fatores de risco individuais da vítima, do estudo do AGED, destacam-se três fatores de risco: a demência, os problemas e limitações físicas e o historial de vitimação no passado. A literatura refere que os fatores de vulnerabilidade da vítima como, por exemplo, a idade, podem assumir um papel importante quando associados à existência de comorbilidades, deterioração cognitiva, alterações psicológicas e do comportamento. Doença

mental como a demência podem resultar em sentimentos de impotência, frustração e desespero para os cuidadores não conseguindo lidar com a incapacidade física e mental das vítimas (Ancierno et al. 2010). Num estudo de caso realizado em Hong Kong com uma pessoa idosa de 82 anos e com historial de diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal, Chan e colaboradores (Chan, James, Liu & Chiu, 2009) identificaram como principais determinantes de violência contra pessoas idosas a existência de restrições em algumas das suas capacidades, de que são exemplo a imobilidade, a deterioração cognitiva, a debilidade intelectual, a instabilidade emocional e a dependência física e psicológica. A existência de um quadro demencial e de problemas/limitações físicas não é, por si só, um fator de risco de violência, mas estes elementos, associados à idade avançada, potenciam relações de dependência entre o agressor e a pessoa idosa, que podem terminar em violência. O fator de risco “historial de vitimação no passado” está relacionado com as relações de intimidade e/ou conjugalidade, associado aos fatores de vulnerabilidade da vítima (género e estado civil), como ser do sexo feminino e/ou casada, como foi descrito anteriormente nas características sociodemográficas das vítimas.

3.4.2. Fatores de risco individuais do/a agressor/a

Relativamente aos fatores de risco individuais do agressor, do estudo do AGED, destacam-se os seguintes fatores de risco: problemas de abuso de substâncias, comportamentos agressivos, problemas financeiros e ter sido perpetrador de violência doméstica no passado. A literatura corrobora os nossos resultados, referindo que os fatores de risco do agressor se relacionam com os traços de personalidade, problemas de saúde mental, problemas financeiros e problemas de abuso de substâncias (Abath et al., 2010; Apratto et al., 2010; Cooney & Mortimer, 1995; Dias, 2005; Gonçalves, 2006; González et al., 2005; Kronbauer, 2004; Oliveira et al., 2009; Sousa et al., 2005; Wolf, 1998). Os problemas de saúde mental do agressor e os problemas de abuso de substâncias constituem importantes fatores de risco, identificados em diversos estudos. O comportamento violento contra as pessoas idosas pode ser causado ou agravado pelo abuso de álcool ou drogas, ou por outras dependências. Este comportamento agressivo pode resultar diretamente das consequências desta dependência sobre a saúde do indivíduo. O comportamento violento pode também surgir em consequência de distúrbios mentais não diagnosticados dos agressores, como, dificuldades mentais e

emocionais do cuidador ou personalidade psicopática (Grande et al. 2010; Marmolejo, 2008; Naughton et al. 2012; O'Keefe et al. 2007; Podnieks, 1993).

Quando se analisa a literatura existente sobre a violência intrafamiliar contra pessoas idosas é frequente encontrar o conceito de *stress* do cuidador, como um fator de risco, integrado em modelos teóricos explicativos, ou considerado como uma explicação privilegiada do fenómeno. Alguns autores (Brandl et al., 2007; Nerenberg, 2002; Wolf, 1998), defendem que o *stress* associado com o cuidado dos familiares dependentes, especialmente aqueles que estão afetados por algum tipo de demência, está estritamente relacionado com a violência. Porém, as competências de *coping* e a baixa competência para gerir o *stress*, não surge na nossa amostra como um fator de risco de violência relevante mas, a existência de números elevados de omissões na análise dos processos, poderá estar a encobrir a presença deste fator.

3.4.3. Fatores de risco da dinâmica relacional

No estudo exploratório do AGED, relativamente aos fatores da dinâmica relacional, destacam-se os seguintes fatores: a dependência do agressor, a exposição à violência intergeracional, o historial de conflitos familiares ou conjugais e a coabitação. A coabitação aparece como o fator mais relevante e evidente nos fatores da dinâmica relacional. Estes resultados são corroborados por diversos estudos e autores. Wolf (1998) e Buttler (1999) propõe como fatores de risco centrais a dependência financeira e/ou habitacional do cuidador relativamente à vítima e a coabitação do idoso com um membro da família, nomeadamente se este familiar detiver todo o controlo sobre sua situação de saúde e de cuidados. Uma situação de alojamento partilhado cria maiores oportunidades de tensão e conflito. Por outro lado, situações de desemprego, são fatores adicionais de *stress* e dependência. Outras investigações realçam a existência de uma relação de proximidade (de parentesco ou de amizade) entre o agressor e a pessoa idosa (Araujo et al., 2009; Fonseca et al. 2003; Kronbauer, 2004), sendo o agressor alguém que depende de alguma forma da vítima em termos financeiros, habitacional e/ou afetivos. Estudos corroboram e apontam como fator de risco da violência contra pessoas idosas o ciclo de violência intergeracional (Sousa et al., 2005; Motta, 2009), ou seja, as crianças que foram violentadas maltratam os pais e os avós mais frequentemente quando adultos do que crianças que não tiveram experiências abusivas na infância. O facto de os indivíduos crescerem num contexto violento durante a sua infância e aprenderem tais

comportamentos poderá aumentar a probabilidade de os reproduzirem na idade adulta, existindo portanto uma maior tendência para maltratar (Oliveira & Sani, 2009). Também, o isolamento social é descrito como um fator que pode potenciar o risco de vitimação, ao aumentar a dependência e o *stress*, nomeadamente quando a rede social de suporte é frágil ou inexistente (Ancierno et al, 2010; Buttler, 1999; Lachs et al., 1997; Pillemer, 2005).

Ao nível dos fatores de risco da dinâmica relacional, os resultados da investigação não consideram alguns fatores de risco que são descritos na literatura como potenciadores de violência, como o isolamento e a falta de suporte social, o que nos remete para uma complexa interação entre os diversos fatores de risco e que, por esse motivo, muitos investigadores têm vindo a adotar o designado modelo ecológico que explora as interações entre os fatores relativos ao próprio indivíduo e aqueles que estão relacionados com o contexto onde o mesmo se encontra inserido (Perel-Levin, 2008). Wolf e colaboradores (Wolf et al., 2003), também referem que os fatores individuais, fatores interpessoais, fatores do contexto social e os fatores socio-estruturais podem interagir para aumentar ou reduzir a probabilidade de violência ou negligência contra as pessoas idosas.

3.5. Propriedade psicométricas do AGED: fiabilidade e validade

Relativamente à correlação entre as dimensões do AGED, há uma correlação positiva ($r=,434$) entre as variáveis ligadas à vítima e as variáveis ligadas à dinâmica relacional (AGED_V e AGED_R), estatisticamente significativa, tendo em conta o valor de probabilidade associado ao coeficiente de correlação ($p=,000$; $p<,001$). Já as variáveis ligadas à vítima e ao agressor (AGED_V e AGED_A) apesar de terem uma correlação positiva ($r=,149$), esta não é estatisticamente significativa ($p=,115$).

Este facto poderá estar relacionado com a elevada percentagem de itens cotados como “ausentes” nos fatores ligados à vítima e ao agressor. Este número elevado nestas duas dimensões poderá indicar que os fatores de risco ligados à vítima e ao agressor não são os que melhor explicariam o risco de violência, aquando da compreensão do fenómeno, o que de facto, se aproxima dos dados da literatura, que atribuem uma maior importância aos fatores da dinâmica relacional, considerando que é a sua interação com os fatores individuais da vítima e

do agressor que potencia o risco de violência contra pessoas idosas (Ancierno et al, 2010; Perel-Levin, 2008; Wolf et al., 2003).

Relativamente à análise exploratória das propriedades psicométricas do AGED, os resultados permitiram verificar que os valores da concordância inter-observadores indicam uma análise semelhante e concordante dos processos de apoio à vítima, entre as duas técnicas que aplicaram o AGED e, portanto, um nível de concordância excelente. Contudo, o *Alpha* de *Cronbach*, calculado para a análise da consistência interna das três dimensões dos AGED, revela valores extremamente baixos. Consideramos que estes resultados poderão ser consequência do elevado número de omissões assinaladas com base na análise documental. O Processo de Apoio Online, enquanto fonte secundária de informação, revelou-se insuficiente para a obtenção de informação precisa e apurada relativamente aos itens do AGED.

Contudo, tratou-se de uma abordagem inicial ao instrumento AGED, sem recurso a entrevista direta com a vítima ou outras fontes primárias de informação. Estes resultados indicam a necessidade de repensar a manutenção e organização dos itens no instrumento, bem como o facto de a sua implementação, no futuro, dever assentar numa análise com base em diferentes fontes informação.

Por fim, na análise da validade do construto, há uma correlação positiva ($r=,610$; $n=123$) entre as variáveis ligadas à vítima do AGED e as variáveis ligadas ao recetor de cuidados do IOA (AGED_V e IOA_CARE_RECEIVER), estatisticamente significativa ($p<,01$). Também há uma correlação positiva ($r=,631$) entre as variáveis ligadas ao agressor do AGED e as variáveis ligadas ao cuidador do IOA (AGED_A e IOA_CAREGIVER), estatisticamente significativa ($p<,001$). Verifica-se de igual forma, uma correlação positiva ($r=,640$) entre as variáveis ligadas à dinâmica relacional do AGED e as variáveis ligadas ao cuidador do IOA (AGED_R e IOA_CAREGIVER), estatisticamente significativa ($p <,001$). Estas correlações positivas entre as dimensões do AGED e as dimensões do IOA, validam que o instrumento em investigação mede o fenómeno em causa, isto é, há uma relação entre o conceito teórico que se pretende medir e o que é realmente medido.

Conclusão

A violência contra as pessoas idosas constitui um problema que exige a realização de estudos que permitam um conhecimento mais apurado sobre este fenómeno na sociedade portuguesa, assim como a construção e validação de instrumentos que permitam avaliar o risco a que uma pessoa idosa está exposta, no âmbito de uma relação intrafamiliar, para uma melhor intervenção e elaboração estratégias de segurança e de gestão de risco. Considerando a complexidade deste fenómeno, a presente investigação debruçou-se sobre o estudo dos fatores de risco de violência, fundamental na construção e validação de um instrumento de avaliação de risco para pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar – *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)*.

A violência contra as pessoas idosas é um tema cuja discussão se encontra excessivamente centrada na concetualização, ou seja, o discurso dominante sobre o fenómeno baseia-se num suposto sentido comum, mais do que em estudos consistentes e metodologicamente consistentes e válidos. Apresenta-se como uma realidade complexa, multiforme e multicausal. Constitui, também, uma realidade oculta que resulta numa importante cifra negra. Esse processo de ocultação deve impelir à urgência de dar voz às próprias vítimas e aos profissionais das áreas sociais, para que seja possível uma melhor compreensão das dinâmicas e características intrínsecas à violência intrafamiliar contra as pessoas idosas.

Estudar o fenómeno da violência doméstica tem sido, ao longo do tempo, algo muito complexo e delicado, na medida em que implica entrar numa esfera muito íntima e privada, como é a família, grupo social sempre muito associado a um núcleo de afetos, de segurança e proteção. Contudo, e apesar de sabermos hoje que a violência é algo presente no seio familiar e que, a família nem sempre é o local mais seguro para os seus membros, ainda há muitos desafios a ultrapassar para a prevenção e combate a este fenómeno, a começar pela dificuldade das próprias vítimas denunciarem a violência de que são alvo (Dias, 2004). Esta ocultação está associada à relutância em denunciarem os próprios familiares, quer em virtude da culpa, pelo laço de parentesco que as une, quer pelo receio de represálias, o que as leva a silenciar-se e isolar-se.

Não obstante tratar-se de um problema antigo, só recentemente se tornou um problema social, devido ao reconhecimento dado por parte de organizações internacionais e pelo trabalho desenvolvido, no terreno, por algumas organizações não-governamentais, que intervieram no sentido de conferir uma maior visibilidade ao problema.

Os dados analisados na presente investigação permitiram estabelecer as seguintes conclusões: em primeiro lugar, de um ponto de vista mais conceptual, que os fatores mais prevalentes e que, por isso, parecem explicar melhor o risco de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas não são os fatores ligados às vítimas, nem os fatores ligados aos agressores/as, mas sim, os fatores e características da dinâmica relacional estabelecida entre estes dois intervenientes: a vítima e o/a agressor/a; em segundo lugar, que não obstante a necessidade de repensar a manutenção e posicionamento dos itens do instrumento de avaliação dentro das suas dimensões, o AGED parece tratar-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação, com base nos elevados índices de concordância inter-observadores evidenciados na maioria dos itens que o compõem; em terceiro lugar, a importância de o preenchimento deste instrumento ser realizado com base em diversas fontes de informação, designadamente através do recurso a informação diretamente recolhida junto da vítima ou de outros informantes, uma vez que a análise documental parece revelar-se insuficiente; Por último, a segurança que os fatores de risco identificados neste instrumento são coerentes com o fenómeno da violência contra as pessoas idosas, pelos resultados evidenciados na sua comparação com outros instrumentos de avaliação utilizados e validados neste mesmo domínio.

Este estudo exploratório reflete o esforço da investigação realizada neste domínio e a vontade de fazer mais e melhor na área da avaliação de risco de violência intrafamiliar contra as pessoas idosas e, com base nas aprendizagens feitas neste percurso, permite identificar para alguns aspetos essenciais que deverão estar presentes na atuação junto de pessoas idosas. Elencamos dois que nos parecem mais relevantes: primeiro, a importância de dotar os profissionais que, contactam direta ou indiretamente com pessoas idosas, de ferramentas que permitam uma identificação de fatores de risco e de vulnerabilidade face a situações abusivas dentro das famílias. É importante que esta informação seja recolhida de forma estruturada e que a formação destes profissionais inclua estes parâmetros de atuação, bem como de um conhecimento estruturados dos fatores e dinâmicas que poderão potenciar situações de risco;

segundo, a importância de direcionar o olhar para as/os cuidadores, muitas vezes os principais agressores das pessoas idosas. Um olhar atento poderá identificar fatores de risco dinâmicos que podem ser alvo de intervenção e diminuir as situações de risco.

Conclui-se também que, apesar da visibilidade que a violência contra pessoas idosas vai adquirindo em Portugal, ainda se trata de um fenómeno dotado de uma grande opacidade. Portugal, em comparação com outros países, ainda evidencia um significativo atraso relativamente ao estudo da violência contra as pessoas idosas. E, assim, irá permanecer se não se promoverem estratégias diversificadas e adequadas de intervenção para esta problemática. Entre as prioridades necessárias para enfrentar e erradicar o problema da violência contra a pessoa idosa estão: maior conhecimento do problema, leis e políticas mais sólidas e efetivas de proteção das pessoas idosas e estratégias de avaliação e de intervenção mais eficazes.

Do ponto de vista prático, a Criminologia tem um papel essencial a desempenhar neste domínio: cabe ao Criminólogo aplicar os seus conhecimentos através de opiniões informadas e da elaboração de instrumentos de avaliação de risco, de modo a criar planos de intervenção mais eficazes, de forma a minimizar e/ou reduzir o risco de violência e de situações de revitimação.

Referências Bibliográficas

- Abath, M., Leal, M., Filho, D., & Marques, A., (2010). *A violência física contra a pessoa idosa revelada no Serviço Médico-Legal*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 26, nº 9, pp. 1797 – 1806;
- Acierno, R., Hernandez-Tejada, M., Muzzy, W. & Steve, K. (2009). *National Elder Mistreatment Study*. Washington: U.S. Department of Justice;
- Aitken, L. & Griffin, G. (1996). *Gender issues in elder abuse*. London: Sage;
- Albuquerque, PP. (2010). *Comentário ao Código Penal à luz da CRP e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Lisboa, 2ª ed. Universidade Católica;
- Anetzberger, G. (2001). *Elder Abuse Identification and Referral: The Importance of Screening Tools and Referral Protocols*. Journal of elder Abuse and Neglect, 13,1;
- APAV (2010). *Manual Títono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. Lisboa, APAV;
- APAV (2013-2015). *Estatísticas da APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. [Em linha]. Disponível em <http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/EstatisticasAPAV_PIVCV_2013-15.pdf>. [Consultado em 10/02/2017];
- APAV (2016). *Estatísticas da APAV: Relatório Anual de 2016*. [Em linha]. Disponível em <http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf>. [Consultado em 10/02/2017];
- Apratto, J., & Paulo, C., (2010). *A violência doméstica contra pessoas idosas nas áreas de abrangência do programa saúde da família de Niterói*. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 15, nº 6, pp. 2983 – 2995;
- Araújo, L. F., & Lobo Filho, J. G. (2009). *Análise psicossocial da violência contra idosos*. Psicologia: Reflexão e Crítica [Em linha]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000100020>> [Consultado em: 10/02/2017];

Bass, D.M., Anetzberger, G.J., Ejaz, F.K. & Nagpaul, K. (2001). *Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: a guide for service providers*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 13, pp. 23 – 80;

Bennett, G., Kingston, P. & Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse. Perspectives for practitioners*. Basingstoke: Macmillan;

BDJUR. (2015). *Código Penal*. Coimbra, Edições Almedina;

BDJUR (2013). *Código Civil*. Coimbra, Edições Almedina;

BDJUR (2012). *Constituição República Portuguesa*. Coimbra, Edições Almedina;

Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M. & Erens, B., (2009). *Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first National Prevalence Study*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 21(1), pp. 1 – 14;

Bonnie, R. & Wallace, R. (2003). *Elder mistreatment. Abuse, Neglect and Exploitation in Aging America*. Washington: National Research Council. National Academies Press;

Brandl, B.D. (2000). *Power and Control: Understanding Domestic Abuse in Later Life*. Generations, 24 (2), pp. 39 – 45;

Brandl, B. & Cook-Daniels, L. (2002). *Domestic Abuse in Later Life* [Em linha]. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Disponível em: <<http://www.vawnet.org>> [Consultado em 10/02/2017];

Brandl, B., Bitondo Dyer, C., Heisler, Candance J., Marlatt Otto, J., Stiegel, Lorie A. & Thomas, Randolph W., (2007). *Elder abuse detection and prevention: A collaborative approach*. New York: Springer Publishing Company;

Burnight, K. & Mosqueda, L. (2011). *Theoretical Model Development in Elder Mistreatment*. California: University of California, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics.

Buttler, R.N. (1999). *Warning signs of Elder abuse*. Geriatrics;

- Campbell, Jacquelyn C. (2005). *Assessing dangerousness in domestic violence cases: history, challenges, and opportunities*. Criminology & Public Policy. Columbus, 4(4), pp. 653 – 672;
- Campbell, J., Webster, D. W. & Glass, Nancy. (2009). *The Danger Assessment: validations of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide*. Journal of Interpersonal Violence, 24 (4), pp. 653 – 674;
- Chan, T., James L., Liu, A., & Chiu, P. (2009). *Financial abuse in a mentally incapacitated old man*. Hong Kong Med J, Vol. 15, nº 3, pp. 213 – 216. [Em linha]. Disponível em <http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0906p213.pdf> [Consultado em 10/02/2017];
- Cahill, S., & Shapiro, M. (1993). *I think he might have hit me once: aggressions towards caregivers in dementia*. Australian Journal of Aging, 12 (4), pp. 10 – 15;
- Celdrán, M. (2013). Violence against older women: bibliographic review. Psychologist Papers, 34 (1), pp. 57 – 64;
- Cohen, D. (2000). *Homicide-Suicide in Older People*. Psychiatric Times, 17 (1), pp. 1 – 7;
- Cohen, M. et al. (2006). *Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers*. Journal of Aging and Health, Newbury Park, v. 18, n. 5, pp. 660 – 685;
- Cohen, M. (2011). *Screening tools for the identification of elder abuse*. Journal of Clinical Outcomes Management, Wayne, v. 18, n. 6, pp. 261 – 270;
- Cooper, C., Selwood & A., Livingston, G. (2008). *The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review*. Age and Ageing, 37, p. 151 – 167;
- Comijs, H. et al. (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. JAGS, 46, pp. 885 – 888;
- Condry, R. (2010). *Secondary victims and seconadary victimization*. In S. G. Sholam, P. Knepper & M. Kett (Eds.), International Handbook of Victimology. Nova Iorque: Taylor and Francis Group;
- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995). *Elder abuse and dementia – a pilot study*. International Journal of Social Psychiatry, 41 (4), pp. 276 – 283;

Conselho Europeu (2002). *El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Nações Unidas: Conselho Económico e Social [Em linha]. Disponível em <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD094_ONU.pdf> [Consultado em 10/02/2017];

Costa, I. et al. (2009). *Maus tratos nos idosos. Abordagem nos cuidados de saúde primário*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Vol. 25, nº5, pp. 537 - 542;

Coyne, A.C., Reichman, W.E. & Berbig, L.J. (1993). *The relationship between dementia and elder abuse*. American Journal of Psychiatry, 150 (4), pp. 643 – 646;

Crenshaw, K. (2002). *Background Paper for the Expert Meeting on Gender- Related Aspects of Race Discrimination* [Em linha]. New York: Women’s International Coalition for Economic Justice. Disponível em: <http://www.wuceh.addr.cin/wcar_docs/crenshaw.html> [Consultado em 10/02/2017];

Desmarais, S. L., Reeves, K. A. (2007). *Gray, black & blue: the states of research and intervencion for intimate partner abuse among elders*. Behavioral Sciences, 25, pp. 377 – 391;

Dias, I. (2000). *A violência doméstica em Portugal: Contributo para a sua visibilidade* [Em linha]. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10216/19973>> [Consultado em 10/02/2017];

Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*. Porto, Edições Afrontamento, 2.^a Edição;

Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*. In Sociologia, nº 15, pp. 249 – 273;

Dias, I. (2009). *Os maus-tratos aos idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social*. FLUP, pp. 5 – 18 [Em linha]. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10216/17982>> [Consultado em 10/02/2017];

Douglas, K. S. & Lavoie, J. (2006). *Avaliação e gestão do risco de violência: Modelos de utilização e princípios orientadores*. In A. C. Fonseca, M. R. Simões, M. C. Simões, & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 203 – 226). Coimbra, Almedina;

Duarte, V. B., D.G., Santana, M. da G., Soares, M. C. & Thofern, M. B. (2005). *A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família*. Família, Saúde e Desenvolvimento, Vol. 7, nº1, pp. 42 – 50, Curitiba;

Dunn, P. (1993). The Getting Of Elder Abuse in the Agenda. In: *Crime and Older People*. Camberra: Australian Institute of Criminology;

Dyer, C. & Rowe, J. (1999). *Elder abuse*. Trauma, 1., pp. 163 – 169;

Elsner, V., Pavan, F., & Guedes, J., (2007). *Violência contra o idoso: ignorar ou atuar?* Revista Ciências do Envelhecimento Vol. 4, nº2, pp. 46 – 56;

Faleiros, V. P. (2007). *Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores*. Brasília, DF: Universa;

Fernández-Alonso, M.C. & Herrero Velázquez, S. (2006). *Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria*. Aten Primaria, 37 (1), p. 56;

Ferreira-Alves, J. (2004). *Fatores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Universidade do Minho, pp. 133 – 151;

Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*. In Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Vol. XV, pp. 303 – 316). Porto: Faculdade de Letras;

Fonseca, M., & Gonçalves, H. (2003). *Violência contra Idoso: suportes legais para a intervenção*. Cadernos de Psicologia Vol. 7, nº2, pp. 121 – 128;

Fontes, B. (2002). *Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Consequências no Conceito de Velhice: XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Brasil [Em linha]. Disponível em
<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_PO4_Fonte_texto.pdf>
[Consultado em 10/02/2017];

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta;

Freitas, M. & Queiroz, T., (2007). *Violência contra os idosos: análise documental*. Revista Brasileira de Enfermagem Vol. 60, nº3, pp. 238 – 272;

Gil, A. P. M. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior;

Gonçalves, C. (2006). *Idosos: Abuso e Violência*. Revista. Portuguesa de Clínica Geral Vol.22, nº1, pp. 739 – 740;

Gondim, F., & Costa, M. (2006). *Violência contra o idoso*. In D.V.S. Falcão & C. B. Dias (Eds.), *Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas*, Vol. 1, pp. 169 – 191. São Paulo: Casa do Psicólogo;

González, J. A., Flórez, F. J., González, A., García, D. & Salgado, A. (2005). *Malos tratos al anciano*. In: Sánchez, T. (coord.): *Maltrato de género, infantil y de ancianos*. Salamanca, Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, pp. 105 – 119;

Grande, E. D. et al. (2000). *Interpersonal Violence and Abuse Survey*. South Australia: South Australian Department of Human Services;

Guerra, R. (2009). *Avaliação e gestão de risco de agressores violentos: evolução do conceito*. Ousar Integrar – Revista de Reinserção Social e Prova, pp. 53 – 62;

Herring, J. (2009). *Older People in Law and Society*. Oxford: Oxford University Press;

Hightower, H. (2002). *Senior citizen counselors terminated*. A Shared Concern: Newsletter of the BC Coalition to Eliminate Abuse of Seniors, 10(2), pp. 4 – 7;

Hildreth C. J., Burke A. E. & Golub R. M. (2009). *Elder abuse*. JAMA 306(5), p. 568;

Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). *The management of elder mistreatment: The physician's role*. Wien Klin Wochenschr 113(10), pp. 92 – 384;

Homer, A.C. & Gilleard, C. (1990). *Abuse of elderly people by their careers*. British Medical Journal, 301 (6765), pp. 1359 – 1362;

Ibáñez, J. G. (2011). *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza;

Ibáñez, J. G. (2015). *Una mirada interseccional sobre la violencia de género contra las mujeres mayores*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza;

INSA (2011 – 2014). *Projeto Envelhecimento e Violência*. Departamento de Epidemiologia. Lisboa [Em linha] Disponível em <<http://hdl.handle.net/10400.18/1955>> [Consultado em 10/02/2017];

Instituto Nacional de Estatísticas- INE. (2014). Envelhecimento da população em Portugal [Em linha]. Disponível em <<https://www.google.pt/#q=Envelhecimento+da+popula%C3%A7%C3%A3o+em+Portugal+-+INE+2014>> [Consultado em 10/02/2017];

Johnson, T. (1986). *Critical Issues in the Definition of Elder Mistreatment*. In: Rosalie Wolf, & Karl Pillemer, ed. *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Dover: Auburn House Publishing, pp. 167 – 196;

Kingston, P. & Penhale, B. (1995). *Family violence and the caring professions*. Basingstoke, UK: Mamillan;

Kronbauer, J. (2004). *Prevalência de violência de gênero perpetrada por companheiro: estudo de um serviço primário de saúde*. Porto Alegre, Vol. 29, nº2, pp 1 – 20;

Kropp, P. R. (2004). *Some questions regarding spousal assault risk assessment*. Violence Against Women, Vol. 10, nº6, 676 – 697;

Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). *Risk Factors for Reported Elder Abuse and Neglect: A Nine-Year Observational Cohort Study*. The Gerontologist, 469 – 474;

Lachs, M. & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364 (9441), p. 1263 – 1272;

Laumann, E. O., Leitsch, S. A. & Waite, L. J. (2008). *Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study*. Journals of Gerontology: Social Sciences, 63(4), pp. 248 – 254.

Lindenbach, J. M. et al. (2012). *Older adult mistreatment risk screening: contribution to the validation of a screening tool in a domestic setting*. *Canadian Journal on Aging*, Cambridge, v. 31, n. 2, pp. 235 – 252;

Lourenço, N. & Lisboa, M. (1992). *Representações da violência: percepção social do grau, da frequência, das causas e das medidas para diminuir a violência em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários;

McCallum, J. (1993). *Elder Abuse: The new social problem*. *Modern Medicine of Australia*, pp. 74 – 83;

Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes*. Coimbra: Quarteto;

Machado, C. (2004). *Intervenção psicológica com vítimas de crime: dilemas teóricos, técnicos e emocionais*. *Int. Journal of Clinical and Health Psychology*, pp. 399 – 411;

Marmolejo, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia - Centro Reina Sofía;

Matos, M. (2005). *Avaliação psicológica de vítimas de maus tratos conjugais*. In Machado, C., & R. A. Gonçalves (Coords.), *Psicologia Forense*, pp. 159 – 186. Coimbra: Quarteto;

Manita, C. (2005). *A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal. Estudo preliminar de caracterização*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, pp. 50 – 80;

Manita, C., Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência Doméstica: Compreender para intervir* (guia de boas práticas para profissionais de instituições de apoio à vítima). Comissão para a cidadania e igualdade de género. Presidência do Conselho de Ministros;

McDonald, L. & Collins, A. (2000). *Abuse and neglect of elder adults: a discussion paper*. The National Clearinghouse Family Violence. Health Canada, Ottawa. Ontario;

Menezes, M. R. (1999). *Da violência revelada à violência doméstica silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência contra idoso*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto;

Minayo, M. C. S. (2005). *Violência contra Idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Secretaria de Direitos Humanos;

Motta, A. (2009). *Violência Contra Mulheres Idosas – Questão feminista ou questão de gênero?* Revista de Saúde Pública, Vol. 4, nº2, pp. 3 – 18;

Nagpaul, K. (2001). *Application of Elder Abuse Screening Tools and Referral Protocol: Techniques and Clinical Considerations*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 13, 1;

National center on elder abuse at the American Public Human Services Association (1998). *The national Elder Abuse incidence study* [Em linha]. Disponível em <<http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>> [Consultado em 10/02/2017];

Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., O’Loughlin, A. & Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: report on the National Study of elder abuse and neglect*. University College Dublin [Em linha]. Disponível em: <[http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence% 20study%20summary%20report.pdf](http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf)>. [Consultado em 10/02/2017];

Nerenberg, L. (2002). *Caregiver Stress and Elder Abuse*. In: *Preventing Elder Abuse by Family Caregivers*. Washington: NCEA;

Nerenberg, L. (2008). *Elder abuse prevention: Emerging trends and promising strategies*. New York: Springer Publishing;

Ogg, J. & Bennet, G. (1992). *Elder Abuse in Britain*. British Medical Journal, 305, pp. 998 – 999;

O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. & Erens, B. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report*. Londres: National Centre for Social Research-King’s College London;

Oliveira, J., Lima, M., Simão, M., Tucci, A., & Kerr-Correa F., (2009). *Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados*. Revista de Saúde Pública Vol. 26, nº6, pp. 494 – 501;

Oliveira, A. & Manita, C. (2003). *Prostituição, violência e vitimação*. In: Machado, C. & Gonçalves, R. A. (Coord.). *Violência e Vítimas de Crime*, vol. 1 – Adultos. (pp. 213 – 239). Coimbra: Quarteto Editora;

Oliveira, M. S. e Sani, A. I., (2009). *A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro*. Revista da Faculdade de Ciência Humanas e Sociais. Porto: Edições UFP;

OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde [Em linha]. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> [Consultado em 10/02/2017];

OMG (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las personas mayores* [Em linha]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf?ua=1> [Consultado em 10/02/2017];

ONU (2002). *Relatório do trabalho de grupo de violência contra a mulher*. Viena: Organização das Nações Unidas. [Em linha] Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200008>> [Consultado em 10/02/2017];

Paixao J.R. & Reichenheim, M.E. (2006). *Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso* [Em linha]. Caderno de Saúde Pública, vol.22, n.6, pp.1137-1149. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600003>> [Consultado em 10/02/2017];

Paranjape, A., et al. (2009). *Psychometric properties of a new scale to asses family violence in older African American women: The Family Violence Against Older Women (FVOW) Scale*. Violence Against Women, 15 (10), pp. 1213 – 1226;

Passinato, M., Camarano, A., & Machado, L. (2004). *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos*. Trabalho apresentado no IX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, IBEP [Em linha]. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/17.pdf> [Consultado em 10/02/2017];

Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C. & Freels, S. (1992). *Severe family violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and risk factors*. The Gerontologist, 32, pp. 493 – 497;

Payne, B. (2002). *An integrated understanding of elder abuse and neglect*. Journal of Criminal Justice, 30, pp. 535 – 547;

Penhale, B. & Parker, J. (2008). *Working with Vulnerable Adults*. New York: Routledge;

Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneva: World Health Organization Press;

Pérez-Cárceles, M., Rubio, L., Pereñíguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E. & Luna, A., (2008). *Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 49 (1), pp. 132 – 137;

Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). *The prevalence of elder abuse: A random sample survey*. The Gerontologist, 28, pp. 51 – 57;

Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, P., Shillington, T. & Frizzel, A. F. (1989). *A National Survey on Abuse of the Elderly: Preliminary Findings*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute;

Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). *Elder abuse offenders: A typology*. Generations. Vol. 24;

Rautio N., Heikkinen E. & Ebhram S. (2005). *Socio Economic Position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: Five-and ten-year follow-up studies*. Social Science and Medicine 60(1), pp. 2405 – 2416;

Rebelo, J. & Penalva, H. (2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade*. Comunicação apresentada no III Congresso de Demografia, in Paúl, C. & Fonseca, A.M (2005). *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa;

Roberto, K., McPherson, M.C., & Brossoie, N. (2014). *Intimate Partner Violence in Late Life: A Review of the Empirical Literature*. Violence Against Women, 19 (12), pp. 1538 – 1558;

Robinson, A. L. (2006). *Reducing repeat victimization among high-risk victims of domestic violence: The benefits of a coordinated community response*. Cardiff, Wales. Violence Against Women, Vol. 12, nº8, pp. 761 – 788. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=236703>> [Consultado em 10/02/2017];

- Reis, M. & Nahmiash, D. (1998). *Validation of the indicators of abuse (IOA) screen*. The Gerontologist, 38(4), pp. 471 – 480;
- Romero, C., Paniagua M., Jiménez, G., Poblador, M., Molina, L. & Buitrago, F. (2005). *Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana*. Medicina Clínica, 125(2), pp. 51 – 55;
- Schiamberg, L. B. & Gans, D. (1999). *An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 1(1), pp. 79 – 103;
- Seaver, C. (1996). *Muted Lives: Older Battered Women*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 8 (2), pp. 3 – 21;
- Sousa, J., Santos, C., Silva, S., & Leandro, D. (2005). *Violência contra o idoso na Paraíba: uma realidade mascarada*. Encontro Latino Americano de Iniciação;
- Steinmetz, S. (2005). *Elder abuse is caused by the perception of Stress associated with providing care*. In: Loseke Donileen, Richard James Gelles, Mary M. Cavanaugh, ed. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, California: Sage, pp. 191 – 205;
- Tetterton, S. & Farnsworth, E. (2010). *Older Women and Intimate Partner Violence: Effective Interventions*. Journal of Interpersonal Violence, 26 (14), pp. 2929 – 2942;
- Tortosa, Juan M. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide;
- Whittaker, T. (1996). *Violence, Gender and Elder Abuse*. In: Barbara Fawcett, Brid Featherstone, Jeff Hearn, Christine Toft, eds., *Violence and Gender Relations: Theories and Interventions*. Londres: Sage, pp. 146 – 160;
- Wolf, R. (1998). *Studies Belie Caregiver Stress as Key to Elder Mistreatment*. Aging Today, Nov/Dec., pp. 8 – 9;
- Wolf, R. & Pillemer, K. (1989). *Helping Elderly Victims. The Reality of Elder Abuse*. New York. Columbia University Press;

Zilbelman M. & Blume S. (2005). *Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas*. Revista Brasileira de Psiquiatria 27(2), pp. 51 – 55.

Anexos

Anexo A

ASSESSMENT GUIDELINES FOR ELDER DOMESTIC VIOLENCE (AGED)

<h2 style="margin: 0;">AGED</h2> <p style="margin: 0;">ASSESSMENT GUIDELINES FOR ELDER DOMESTIC VIOLENCE</p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">(Autoria: Gabinete de Psicologia Forense do Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz, Gabinete de Informação e Atendimento à Vítima – Espaço Cidadania e Justiça/Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa & Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2016)</p> <p style="margin: 0; font-weight: bold;">VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO – V2</p>																																																																																					
Nº DE PROCESSO					PREENCHIDO POR																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center; font-weight: normal;">DADOS INTERVENIENTES</th> </tr> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center; font-weight: normal;">VÍTIMA</th> <th colspan="5" style="text-align: center; font-weight: normal;">DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">NOME</td> <td colspan="5" style="padding: 5px;">NOME</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">IDADE</td> <td style="padding: 5px;">ANOS</td> <td style="padding: 5px;">SEXO</td> <td style="padding: 5px;">M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">IDADE</td> <td style="padding: 5px;">ANOS</td> <td style="padding: 5px;">SEXO</td> <td style="padding: 5px;">M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">RELAÇÃO COM A VÍTIMA ESPECIFICAR:</td> </tr> </tbody> </table>										DADOS INTERVENIENTES										VÍTIMA					DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)					NOME					NOME					IDADE	ANOS	SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE	ANOS	SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RELAÇÃO COM A VÍTIMA ESPECIFICAR:																																					
DADOS INTERVENIENTES																																																																																					
VÍTIMA					DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)																																																																																
NOME					NOME																																																																																
IDADE	ANOS	SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE	ANOS	SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RELAÇÃO COM A VÍTIMA ESPECIFICAR:																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: normal;">INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO</th> <th style="text-align: center;">X</th> <th style="text-align: center;">Sem Informação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">Ausente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PP</td> <td style="text-align: center;">Possível ou Parcialmente Presente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">P</td> <td style="text-align: center;">Presente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NA</td> <td style="text-align: center;">Não se Aplica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">Item Crítico</td> </tr> </tbody> </table>										INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	X	Sem Informação	A	Ausente	PP	Possível ou Parcialmente Presente	P	Presente	NA	Não se Aplica	C	Item Crítico																																																															
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	X	Sem Informação																																																																																			
	A	Ausente																																																																																			
	PP	Possível ou Parcialmente Presente																																																																																			
	P	Presente																																																																																			
	NA	Não se Aplica																																																																																			
	C	Item Crítico																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center; font-weight: normal;">FONTES DE INFORMAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> VÍTIMA</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> PROCESSO-CRIME</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> OUTRO(S)</td> </tr> </tbody> </table>										FONTES DE INFORMAÇÃO				<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)	<input type="checkbox"/> PROCESSO-CRIME	<input type="checkbox"/> OUTRO(S)																																																																				
FONTES DE INFORMAÇÃO																																																																																					
<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)	<input type="checkbox"/> PROCESSO-CRIME	<input type="checkbox"/> OUTRO(S)																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6" style="text-align: center; font-weight: normal;">VIOLÊNCIA IDENTIFICADA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">TIPO (NATUREZA)</th> <th style="text-align: center;">(X)</th> <th style="text-align: center;">ESPECIFICAR</th> <th style="text-align: center;">FREQÜÊNCIA (AUMENTO)</th> <th style="text-align: center;">ÚLTIMOS 2 MESES</th> <th style="text-align: center;">ÚLTIMOS 12 MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">FÍSICA</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EMOCIONAL</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FINANCEIRA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SOCIAL</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">DURAÇÃO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MESES</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SEXUAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										VIOLÊNCIA IDENTIFICADA						TIPO (NATUREZA)	(X)	ESPECIFICAR	FREQÜÊNCIA (AUMENTO)	ÚLTIMOS 2 MESES	ÚLTIMOS 12 MESES	FÍSICA			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	EMOCIONAL			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	FINANCEIRA						SOCIAL			DURAÇÃO	MESES		SEXUAL																																							
VIOLÊNCIA IDENTIFICADA																																																																																					
TIPO (NATUREZA)	(X)	ESPECIFICAR	FREQÜÊNCIA (AUMENTO)	ÚLTIMOS 2 MESES	ÚLTIMOS 12 MESES																																																																																
FÍSICA			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																																																																																
EMOCIONAL			SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																																																																																
FINANCEIRA																																																																																					
SOCIAL			DURAÇÃO	MESES																																																																																	
SEXUAL																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center; font-weight: normal;">FATORES DE VULNERABILIDADE (individuais)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: normal; text-align: center; vertical-align: middle;">VÍTIMA</td> <td style="text-align: center;">SEXO FEMININO</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">ESPECIFICAR (CASO SE APLIQUE)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IDADE > 74 ANOS</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PROBLEMAS DE VISÃO</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PROBLEMAS DE MARCHA</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PROBLEMAS DE EQUILÍBRIO</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BAIXA ESCOLARIDADE</td> <td style="text-align: center;">Sim <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Não <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">Cotação</td> <td style="text-align: center;">Item Crítico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V1</td> <td colspan="3"> PERTURBAÇÕES MENTAIS Cotar PP - Suspeita de doença mental (necessário diagnóstico) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V2</td> <td colspan="3"> DEMÊNCIA Cotar PP - Suspeita de demência com necessidade de diagnóstico (ex.: Alzheimer) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V3</td> <td colspan="3"> COMPORTAMENTO Cotar PP - Suspeita de comportamento agressivo ou provocador da vítima Cotar P - Comportamento agressivo ou provocador da vítima </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V4</td> <td colspan="3"> CULPABILIZAÇÃO DE OUTROS Cotar PP - Culpabilização de terceiros Cotar P - Culpabilização de terceiros, incluindo o/s cuidador/es </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V5</td> <td colspan="3"> PROBLEMAS/LIMITAÇÕES FÍSICAS Cotar PP - Algumas limitações físicas que não condicionam a autonomia Cotar P - Limitações físicas que condicionam a autonomia </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">V6</td> <td colspan="3"> PROBLEMAS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP - A vítima tem consumos frequentes Cotar P - A vítima tem consumos muito frequentes/dependência de substâncias (incl. medicação) </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										FATORES DE VULNERABILIDADE (individuais)					VÍTIMA	SEXO FEMININO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR (CASO SE APLIQUE)	IDADE > 74 ANOS	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS DE VISÃO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS DE MARCHA	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		PROBLEMAS DE EQUILÍBRIO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		BAIXA ESCOLARIDADE	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>						Cotação	Item Crítico	V1	PERTURBAÇÕES MENTAIS Cotar PP - Suspeita de doença mental (necessário diagnóstico) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental					V2	DEMÊNCIA Cotar PP - Suspeita de demência com necessidade de diagnóstico (ex.: Alzheimer) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental					V3	COMPORTAMENTO Cotar PP - Suspeita de comportamento agressivo ou provocador da vítima Cotar P - Comportamento agressivo ou provocador da vítima					V4	CULPABILIZAÇÃO DE OUTROS Cotar PP - Culpabilização de terceiros Cotar P - Culpabilização de terceiros, incluindo o/s cuidador/es					V5	PROBLEMAS/LIMITAÇÕES FÍSICAS Cotar PP - Algumas limitações físicas que não condicionam a autonomia Cotar P - Limitações físicas que condicionam a autonomia					V6	PROBLEMAS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP - A vítima tem consumos frequentes Cotar P - A vítima tem consumos muito frequentes/dependência de substâncias (incl. medicação)				
FATORES DE VULNERABILIDADE (individuais)																																																																																					
VÍTIMA	SEXO FEMININO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR (CASO SE APLIQUE)																																																																																	
	IDADE > 74 ANOS	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
	PROBLEMAS DE VISÃO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
	PROBLEMAS DE MARCHA	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
	PROBLEMAS DE EQUILÍBRIO	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
	ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
	BAIXA ESCOLARIDADE	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>																																																																																		
				Cotação	Item Crítico																																																																																
V1	PERTURBAÇÕES MENTAIS Cotar PP - Suspeita de doença mental (necessário diagnóstico) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental																																																																																				
V2	DEMÊNCIA Cotar PP - Suspeita de demência com necessidade de diagnóstico (ex.: Alzheimer) Cotar P - Confirmação da existência de doença mental																																																																																				
V3	COMPORTAMENTO Cotar PP - Suspeita de comportamento agressivo ou provocador da vítima Cotar P - Comportamento agressivo ou provocador da vítima																																																																																				
V4	CULPABILIZAÇÃO DE OUTROS Cotar PP - Culpabilização de terceiros Cotar P - Culpabilização de terceiros, incluindo o/s cuidador/es																																																																																				
V5	PROBLEMAS/LIMITAÇÕES FÍSICAS Cotar PP - Algumas limitações físicas que não condicionam a autonomia Cotar P - Limitações físicas que condicionam a autonomia																																																																																				
V6	PROBLEMAS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP - A vítima tem consumos frequentes Cotar P - A vítima tem consumos muito frequentes/dependência de substâncias (incl. medicação)																																																																																				

V7	RECUSA DE SERVIÇOS NECESSÁRIOS Cotar PP – A vítima recusa alguns dos serviços de apoio que lhe são necessários (ex.: apoio domiciliário) Cotar P – A vítima recusa a totalidade dos serviços de apoio que lhe são necessários (incl. apoio médico e/ou cuidados de enfermagem)		
V8	VÍTIMA DE ABUSO NO PASSADO Cotar PP – Suspeita de historial de vitimação no passado (incl. violência nas relações de intimidade) Cotar P – Historial de vitimação no passado		

AGRESSOR/A	HISTORIAL DE VIOLÊNCIA		
	HISTÓRICO CRIMINAL (Descrever)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	HISTÓRICO DE AGRESSÃO A TERCEIROS (Descrever)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL		
		Cotação	Item Crítico
A1	DIFICULDADES MENTAIS/EMOCIONAIS Cotar PP – Suspeita de perturbação emocional/mental (Necessário diagnóstico) Cotar P – Diagnóstico de perturbação emocional/mental (ex.: depressão)		
A2	PROBLEMAS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – O agressor/a tem consumos frequentes Cotar P – O agressor/a tem consumos muito frequentes/dependência de substâncias (incl. medicação)		
A3	AGRESSIVIDADE (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Possíveis comportamentos agressivos contra a vítima Cotar P – Elementos concretos que confirmem a existência de comportamentos agressivos contra a vítima.		
A4	PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA Cotar PP – Problemas físicos que comprometam em parte o papel de cuidador Cotar P – Problemas físicos que comprometam totalmente o papel de cuidador		
A5	EXPECTATIVAS IRREALISTAS Cotar PP - Expectativas irrealistas sobre as capacidades da vítima, parcialmente presentes Cotar P - Expectativas irrealistas sobre as capacidades da vítima		
A6	CULPABILIZAÇÃO DE TERCEIROS Cotar PP – Atribuição parcial de culpa a terceiros pela situação atual Cotar P – Atribuição de culpa a terceiros pela situação atual		
A7	PROBLEMAS FINANCEIROS Cotar PP - Problemas financeiros provocados por fatores externos (Ex.: situação de desemprego) Cotar P - Problemas financeiros (incluindo fatores externos e/ou má gestão financeira)		
A8	VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PASSADO Cotar PP – Suspeita de ter sido vítima de violência doméstica no passado Cotar P – Conhecimento de ter sido vítima de violência doméstica no passado		
A9	PERPETRADOR DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PASSADO Cotar PP – Suspeita de ter sido agressor de violência doméstica no passado Cotar P – Conhecimento de ter sido agressor de violência doméstica no passado		
A10	COMPETÊNCIAS DE COPING Cotar PP – Baixas competências para gerir stress Cotar P – Evidências de <i>Burnout</i> /síndrome do cuidador		
A11	LEGITIMAÇÃO E/OU BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA Cotar PP – Suspeita de atitudes e crenças que atenuam o impacto da violência Cotar P – Presença de atitudes e crenças que atenuam o impacto da violência		
A12	AMEAÇAS DE MORTE CREDÍVEIS Cotar PP – Ameaças de morte sem recurso a armas e/ou objetos Cotar P – Ameaças de morte com recurso a armas e/ou objetos		
A13	UTILIZAÇÃO DE ARMAS E/OU OBJETOS DURANTE OS ATOS VIOLENTOS Cotar PP – Ameaças de utilização de a armas e/ou objetos durante os atos violentos Cotar P – Utilização de a armas e/ou objetos durante os atos violentos		

FATORES EXTERNOS E DINÂMICA RELACIONAL			
		Cotação	Item Crítico
R1	DESEMPENHO DE TAREFAS DE CUIDADOR Cotar PP - Capacidade para desempenhar tarefas como cuidador até certo ponto presentes Cotar P - Sem capacidade e/ou relutância para desempenhar tarefas como cuidador		
R2	ENTENDIMENTO DA CONDIÇÃO MÉDICA DA VÍTIMA Cotar PP - Não compreende nem reconhece a dimensão do problema médico da vítima Cotar P - Reconhece o problema médico da vítima, mas desvaloriza a sua dimensão		
R3	INEXPERIÊNCIA COMO CUIDADOR Cotar PP - Falta de competência como cuidador, mas com investimento na realização das tarefas Cotar P - Falta de competência como cuidador, sem esforço para realização das tarefas.		
R4	DEPENDÊNCIA DA VÍTIMA (ESPECIFICAR _____) Aqui inclui-se a dependência física e/ou intelectual, emocional e financeira: Cotar PP - Dependência presente até certo ponto Cotar P - Dependência presente em diversas áreas		
R5	DEPENDÊNCIA DO AGRESSOR (ESPECIFICAR _____) Aqui inclui-se dependência financeira e/ou habitacional: Cotar PP - Agressor dependente da vítima, até certo ponto; Cotar P - Agressor dependente da vítima em diversas áreas.		
R6	EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL Cotar PP - Suspeita de exposição à violência intergeracional Cotar P - Histórico de exposição à violência intergeracional		
R7	HISTORIAL DE CONFLITOS FAMILIARES OU CONJUGAIS Cotar PP - Presença de historial de conflito no passado, presente até certo ponto Cotar P - Historial de conflito no passado		
R8	COABITAÇÃO Cotar PP - O agressor passa grande parte do tempo na residência da vítima Cotar P - O agressor coabita com a vítima		
R9	ISOLAMENTO SOCIAL/SUPOORTE (ESPECIFICAR _____) Cotar PP - Vítima e/ou agressor não mantém contactos sociais regulares Cotar P - Nem a vítima, nem o agressor mantém contactos sociais regulares		
R10	CONDIÇÕES HABITACIONAIS DESADEQUADAS E FALTA DE SEGURANÇA Cotar PP - Condições de habitação são adequadas até certo ponto Cotar P - Condições de habitação não são adequadas nem garantem segurança		
R11	FALTA DE LAÇOS FAMILIARES Cotar PP - Laços familiares estão presentes até certo ponto Cotar P - Ausência de laços familiares		

OUTROS FATORES ADICIONAIS		
	Cotação	Item Crítico
(ex.: Incumprimento de medidas de coação, acesso facilitado a armas de fogo...)		

FATORES DE PROTEÇÃO DA VÍTIMA/CONTEXTO		OBSERVAÇÕES
LIGAÇÃO À COMUNIDADE	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
ESTADO DE SAÚDE	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
NORMAS E VALORES POSITIVOS	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
COABITAÇÃO COM ELEMENTOS PROTETORES	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
OUTROS (ESPECIFICAR _____)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	

INSTITUIÇÕES (CASO SE APLIQUE)		OBSERVAÇÕES
TÉCNICOS SEM COMPETÊNCIAS E EXCESSO DE TRABALHO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
AMBIENTE FÍSICO DEFECITÁRIO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	

NÍVEL DE RISCO		
BAIXO <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	ELEVADO <input type="checkbox"/>

Todos os direitos reservados no âmbito do protocolo entre a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) - 2016

Anexo B

INDICATORS OF ABUSE (IOA) SCREEN

Purpose: To screen for abuse and neglect at the client's home. Completed by trained practitioners in health and social service agencies.

Instructions: The IOA is to be completed by a person trained to administer the form, usually after a 2-3 hour comprehensive in-home assessment. The researchers use a cutoff score of 16 to indicate abuse. Indicators of abuse are listed below, numbered in order of importance. After a 2-3 hour home assessment (or other intensive assessment) please rate each of the following items on a scale of 0 to 4 and sum the scores. Do not omit any items. Rate according to your current opinion.

Scale: Estimated extent of problem:

0 = nonexistent

1 = slight

2 = moderate

3 = probably/moderately severe

4 = yes/severe

00 = not applicable

000 = don't know

Caregiver			Care Receiver		
___	1.	Has behavior problem	___	4.	Has been abused in the past
___	2.	Is financially dependent	___	5.	Has marital/family conflict
___	3.	Has mental/emotional difficulties	___	8.	Lacks understanding of medical condition
___	6.	Has alcohol/substance abuse problem	___	11.	Is socially isolated
___	7.	Has unrealistic expectations	___	15.	Lacks social support
___	9.	Lacks understanding of medical condition	___	16.	Has behavior problems
___	10.	Caregiving reluctance	___	18.	Is financially dependent
___	12.	Has marital/family conflict	___	19.	Has unrealistic expectations
___	13.	Has poor current relationship	___	20.	Has alcohol/medication problem
___	14.	Caregiving inexperience	___	21.	Has poor current relationship
___	17.	Is a blamer	___	22.	Has suspicious falls/injuries
___	24.	Had poor past relationship	___	23.	Has mental/emotional difficulties
___			___	25.	Is a blamer
___			___	26.	Is emotionally dependent
___			___	27.	No regular doctor

Copyright © The Gerontological Society of America. Reprinted by permission of the publisher.

Reis, M., & Nahmias, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480, Figure 4.

Anexo C

INDICATORS OF ABUSE (IOA) SCREEN (ITENS CONSIDERADOS NÃO IMPORTANTES POR REIS, 2000)

Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, Vol. 24 Issue 2

Itens constatados como não importantes na identificação de casos de abuso (Reis, 2000)		
Para o cuidador e vítima	Para a vítima	Apenas para o cuidador
Sentimentos de <i>stress</i> (físicos, emocionais e outros)	Relação de fraca qualidade com um cuidador	Cometeu abuso no passado
Dependência da família para atividades de vida diária (AVD's)		Sofre de isolamento social
Dependência de outros para atividades de vida diária (AVD's)		Falta de suporte social
Tem défices cognitivos		Dependência emocional
Tem défices físicos		Quedas ou ferimentos suspeitos
Tem outras dificuldades financeiras para além da dependência		Não faz consultas regulares ao médico
Deseja institucionalização		

Anexo D

DANGER ASSESSMENT (DA)

Jacquelyn C. Campbell, Ph. D, R.N.

Copyright 2003

www.dangerassessment.com

Versão traduzida e adaptada com a autorização da autora por Fonseca, Manita, Saavedra & Magalhães (2013)

APAV – Versão para investigação

Vários fatores de risco têm sido associados ao aumento de risco de homicídio num relacionamento violento. Não podemos prever o que vai acontecer no seu, mas gostaríamos que tivesse consciência do perigo de homicídio em situações de agressão e que percebesse quantos fatores de risco se aplicam à sua situação.

Responda “SIM” ou “NÃO” para cada uma das seguintes perguntas (“ele” refere-se ao seu marido, companheiro, ex-marido, ex-companheiro, ou quem a estiver a maltratar fisicamente.)

1. ____ A violência física aumentou de gravidade ou frequência no último ano?
2. ____ Ele tem uma arma de fogo?
3. ____ Separou-se dele depois de terem vivido no último ano?
3.a. Se nunca viveram juntos, assinale aqui ____
4. ____ Ele está desempregado?
5. ____ Ele já usou uma arma contra si ou já a ameaçou com uma arma letal (que pode matar)? (Se sim, a arma era de fogo? ____)
6. ____ Ele ameaça matá-la?
7. ____ Ele tem conseguido evitar a ação policial por violência doméstica? (Por exemplo, impediu-a de apresentar queixa; quando as autoridades policiais foram chamadas ao local ele convenceu-as que estava tudo bem e que nada acontecera; ele fugiu antes de a polícia chegar).
8. ____ Tem algum(a) filho(a) que não seja dele?
9. ____ Alguma vez ela a forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?
10. ____ Ele alguma vez tentou estrangulá-la?
11. ____ Ele consome alguma droga ilegal? Por drogas entenda-se cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas e outras.
12. ____ Ele é alcoólico ou tem problemas com o álcool?
13. ____ Ele controla a maioria ou todas as suas atividades diárias? Por exemplo, ele diz de quem deve ser amiga, quando pode ver a sua família, quanto dinheiro pode gastar ou quando pode usar o carro? (Se ele tenta controlar mas você não deixa, assinale aqui: ____)
14. ____ Ele é ciumento de uma forma violenta e constante? (“Por exemplo, ele diz: “Se não fores minha não serás de mais ninguém”)

15. ____ Alguma vez foi agredida fisicamente por ele quando estava grávida? (Se nunca esteve grávida dele, assinale aqui: ____)
16. ____ Ele já ameaçou ou tentou cometer suicídio?
17. ____ Ele ameaça fazer mal aos seus filhos?
18. ____ Acredita que ele é capaz de matar?
19. ____ Ele segue-a ou espia-a, deixa bilhetes ou mensagens ameaçadoras, destrói a sua propriedade ou telefona quando você não quer falar com ele?
20. ____ Já alguma vez você ameaçou que se ia matar ou tentou cometer suicídio?

Total de Respostas SIM: ____

Esquema de Cotação:

Nº total de respostas “SIM”: 1 a 19 (item 20 não é cotado) ____

Somar 4 pontos para um SIM no item 2: ____

Somar 3 pontos para cada SIM nos itens 3 e 4: ____

Somar 2 pontos por cada SIM nas questões 5,6 e 7: ____

Somar 1 ponto por cada SIM nas questões 8 e 9: ____

Subtrair 3 ponto se a resposta 3.a. for assinalada: ____

TOTAL: ____

Níveis de Risco:

Menos de 8	8 – 13	14 – 17	Mais de 18
Risco Variável	Risco Aumentado	Risco Severo	Risco Extremo